سلسلة كتب البـــرامج
التدريبية والتأهـيلية
لتنمية الموارد البشرية

تخفيف حدة الخوف المرضى لدى الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم



الدكتور
محمود عبد الرحمن الشرقاوى


مكتبة غريب طوس

سلسلة كتب البرامج
التدريبية و التأهيلية
لتنمية الموارد البشرية

تخفيف حدة الخوف المرضي لدى الأطفال المعاقين عقليًا

القابلين للتعلم

الدكتور
محمود عبد الرحمن عيسى الشرقاوي

دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع

155.916
و . ا

الشرقاوي ، محمود عبد الرحمن عيسى .

تخفيف حدة الخوف المرضى لدى الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم / الدكتور محمود عبد الرحمن عيسى الشرقاوي .- ط 1.- دسوق : دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع .

112 ص ؛ 17.5 × 24.5سم .

تدمك : 8 -428 – 308 – 977 – 978

1. المعوقون – علم نفس . 2. المتخلفين عقليا – تعليم .

أ - العنوان .

رقم الإيداع : 19835 - 2014.

الناشر : دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع
دسوق - شارع الشركات- ميدان المحطة
هاتف : 0020472550341 - **فاكس:** 0020472560281
***E-mail*:** *elelm_aleman@yahoo.com*
elelm_aleman@hotmail.com

2014

الفهرس

الموضوع	الصفحة

الفصل الأول

مقدمة:

تعتبر مشكلة الأطفال ذوي الاحتياجات العقلية من المشاكل ذات الاهتمام الدائم والمتواصل والجهد المستمر، والرعاية الشاملة من جميع مؤسسات الدولة الدينية، والتربوية، والاقتصادية، والاجتماعية، حيث يُقاس تقدم الأُمم الإنساني والأخلاقي بما قدمته من العناية والرعاية وبما تم إنجازه بصورة إيجابية لهؤلاء الأطفال في ظل التقدم العلمي والتكنولوجي .

ويعتبر مجال التربية الخاصة من المجالات ذات الأهمية القصوى الذي يدفع من يعمل فيه إلى البحث والدراسة حتى يستطيع أن يحقق نفعًا يعود من خلاله بالأثر الواضح والفعال لذوي الاحتياجات العقلية والذي من خلاله تتحقق الكفاءة الشخصية، والمهنية، والاجتماعية، ويزداد توافقهم مع الآخرين.

وقد تضمنت توصيات بعض المؤتمرات التي اهتمت بالطفولة ضرورة الاهتمام بتربية الأطفال المعاقين، واعتبار رعايتهم حقًا إنسانيًا تقننه التشريعات والقوانين، والعمل على استثمار إمكانياتهم بما يضمن لهم التوافق مع البيئة المحيطة، وتأهيلهم للاندماج في المجتمع الذي يعيشون فيه، بالإضافة إلى الاهتمام ببرامج التنمية والرعاية واعتبار هذه البرامج مطلبًا اجتماعيا أساسيًا في تربية الأطفال ورعايتهم وتأهيلهم للاندماج مع الآخرين في البيئة المحيطة .

(أسماء السرسي وأماني عبد المقصود، 2002)

وقد أشار عبد المطلب أمين القريطي(1996، 37-38) لأهداف التربية الخاصة فيما يلى :-

1 - تحقيق الكفاءة الشخصية .

2 -تحقيق الكفاءة المهنية .

3 -تحقيق الكفاءة الاجتماعية .

وتؤكد الدراسات التربوية والنفسية الحديثة في الآونة الأخيرة على أهمية مفهوم الكفاءة الاجتماعية ،وعلى استغلال طاقات الطفل التي يعتبرها علماء النفس غاية في النشاط والقوة في سنوات العمر الأولى ،وجعل هذه الطاقات تصب في دافع ومحرك ذهني الأمر الذي ينم ي حتمًا مهارات وقدرات الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم .

وهذا لا يتأتى إلاَّ من خلال البرامج التدريبية السلوكية لما لها من أهمية في تنمية فاعليتهم الذاتية والحد من مشكلاتهم السلوكية ومخاوفهم المرضية.

وقد عرف فرماو ي محمد (5،1992).البرنامج بأنه "تخطيط مجموعة من الخبرات المرتبطة المتكاملة لتحقيق مجموعة من الأهداف من خلال أنشطة تعليمية متنوعة ، ويسعى البرنامج إلى تنمية الفرد الذي أُعد من أجله في جميع جوانب النمو العقلي ، والجسمي ، والروحي ، ويتضمن هذا أُسلوب العمل و أُسلوب التقييم.

ولما كان الخوف واحدً ا من الانفعالات الأكثر شيوعً ا ومن المشكلات السلوكية التي تظهر بشكل واضح عند الأطفال العاديين فإنه من الضروري أن نهتم بتخفيف تلك المخاوف عند الأطفال المعاقين. فقد أثبتت منظمة الصحة العالمية في أحدث تقرير لها أن 25٪ من تعداد سكان العالم يشعرون بالتوتر، والخوف والإحباط، وتوقع الخطر والسوء،وحدوث ما يهدد حياتهم (موسى صالح شرف، 2000، 105).وإن اضطراب الخوف بأنواعه المختلفة من أكثر الأمراض

النفسية انتشارًا حيث يصيب حوالي 8٪ من مجموع الشعب (أحمد فهمي عكاشة 1998، 129).ويشير دينك وآخرون (*Deank* et at.,1996)إلى أن معدل انتشار المخاوف الاجتماعية يبدأ من 3٪ إلى 13٪،وتقريبًا يشيع الانتشار بمعدل 3٪ من الأطفال، والمراهقين ،كما أن معدل المخاوف يكون عند الإناث أكبر من الذكور.

ويرى كل من عادل صادق، وليم الخولي أن الخوف ينشأ مع الإنسان نتيجة لتعرضه لخبرات صادمة في حياته . وبذور هذا الخوف التي تبرز في هذا السن تظل كامنة سنوات عديدة في أعماق اللاشعور (عادل صادق ، 1987،26)،(وليم الخولي 1976، 199).

كما أنه ليس هناك من انفعال يكثر تعرض الطفل له أكثر من الخوف ، وإنه يمكن أن تثيره أسباب غامضة عسيرة التحديد،وهو يرتبط ارتباطًا وثيقًا بالانفعالات الأخرى ،كما إنه يلعب دورًا يبلغ من الأهمية في تكوين شخصية الطفل حدًا يتطلب أكبر قسط من العناية به ،وتدبير أمره.

(دوجلاس توم 1969 ، 142).

وتلعب الخبرات التي يمر بها الطفل في حياته دورًا مهما في تكوين شخصيته فإذا كانت هذه الخبرات مؤلمة فقد تترك آثارًا ضارة ،ومدمرة بصحته النفسية وتظهر بصورة سلبية في سلوكياته ، وتكون مقدمة لظهور اضطراباته النفسية ومنها مخاوفه المرضية التي يعبر عنها بشكل مثير.

ويعتبر الخوف مفيدًا إذا كان مرتبطًا بمواقف حقيقية قد تسبب ضررًا أو موتًا لأنه يعيننا على تجنب المخاطر ويحمينا من الأضرار ، ولكن إذا زاد لدرجة

يصبح معها خوفاً مرضياً كان سببًا في اختلاف تكيف الفرد ، وسوء صحته العقلية (انتصار يونس،1984، 149).

والمخاوف المرضية هي إحدى الاضطرابات الوجدانية التي يعانى منها الكثير من الأفراد في طفولتهم ، وهى من الانفعالات الحادة التي تؤثر على نمو الشخصية وأداء الفرد وعلاقاته بالآخرين ، وقد تكون سبباً في شل حركة الفرد من ناحية إنتاجه كما إنها من أشد الانفعالات تأثيرًا على التفكير والعمليات العقلية الأخرى ، حيث تعد المخاوف بداية كافة الاضطرابات النفسية .(آمال عبد السميع أباظة ،2003).

ومن الدراسات التي تناولت المخاوف المرضية لدى الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم :

- دراسة لي وموريس (2007) *Li & Morris*: التي توصلت إلى أن الأطفال والمراهقين من ذوى صعوبات التعلم ،والمتخلفين عقليًا القابلين للتعلم لديهم مستوى مرتفع من الخوف يصل إلى الفشل، وإن الفتيات لديهن مستويات أعلى من الفتيان في المخاوف من الحيوانات الصغيرة ،و إن الطلاب الصغار على حد سواء قد حققوا مستويات أعلى من المخاوف غير المحددة

وتوصلت دراسة سرفار وأمان (1996) *Sarphare & Aman* : إلى أن المخاوف والقلق الاجتماعي لدى الأطفال العاديين أعلى مع مرور الوقت من الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم،وعلى العكس من ذلك

أوضحت دراسة راميريز و كارتوشول (1997) *Ramirez & Kratochwill*: إلى أن الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم لديهم ارتفاع وشدة في المخاوف عن الأطفال العاديين الذين في نفس أعمارهم .

ويعد هذا التضارب مطلوب استخدامه للتهيئة للدراسة الحالية، ويأتي هذا ألبحث في محاولة لإيجاد برنامج تدريبي سلوكي لتخفيف حدة الخوف المرضي لدى الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم يقوم على التدريب وتعديل السلوك وذلك لتخفيف ما يعانون منه،وتحسين اندماجهم في المجتمع ،والتعامل مع الآخرين .

المشاكل :

في الواقع ومن خلال العمل لإحدى مدارس التربية الفكرية فقد لاحظ العديد من المشكلات السلوكية الناتجة عن المخاوف المرضية لدى الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم ،وعلى ذلك فقد رأيت أنه من الأهمية أن يتناول دراسة المخاوف المرضية لدى هذه الفئة، والوقوف على أسبابها ، وكيفية تخفيفها وتقديم العلاج المناسب لها من خلال برنامج تدريبي سلوكي يهتم بضرورة علاج هذه المخاوف أو تخفيفها وتعديل سلوكياتهم السالبة إلى سلوكيات إيجابية تساعدهم على خفض مخاوفهم المرضية وتحقيق توافقهم النفسي ، والاجتماعي، **فقد أشارت**:

- دراسة جالون وآخرون (*Gullone et al.,1996*) : إلى أن المخاوف عند الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم ، والمراهقين المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم مرتفعة .كما أكدت دراسة محمد عبد المؤمن حسين(1992) أن الأطفال الذين لديهم صعوبات تعلم والمتخلفين عقليًا لديهم مخاوف مرضية أكثر من الأطفال الأسوياء وإن البنات أكثر إظهارًا للمخاوف من البنين.

وبما أن الخوف يعتبر من الانفعالات المؤثرة تأثيرًا واضحًا في حياة الأفراد فمن جهة له فائدة في حياتنا وهى اتقاء الخطر، ومن جهة أخرى إذا زاد لدرجة يصبح معها خوفلًمرضياً كان سببًا في اختلاف تكيف الفرد وسوء صحته العقلية وقد أصبح الخوف مظهرًا من مظاهر الحياة الحديثة والطفل أو المراهق أو الراشد لا تخلو حياتهم من المخاوف المرضية ، ولكن الفرق بين كل منهم هو فرق في الدرجة وفي أسباب مثيراته ومظاهر التعبير عنه (انتصار يونس ،1984، 149)

ونظرًا لتعدد برامج الإرشاد النفسي والسلوكي لحالات المخاوف المرضية وما تتضمنه من مشكلات انفعالية ناتجة عن هذه المخاوف لدى الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم فإن الباحث بصدد عمل دراسة عن فاعلية برنامج تدريبي سلوكي يخفف من حدة هذه المخاوف المرضية لدى هؤلاء الأطفال ، ولذلك سيتم تحديد عينة تجريبية وعينة ضابطة لتجربة فعالية هذا البرنامج ، ويهتم الباحث في البداية بدراسة مدى التجانس بين العينتين فيما يتعلق بالخوف المرضي والعمر والذكاء، والمستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة، ثم يقوم بعد ذلك بتجربة برنامجه المقترح ودراسة مدى تأثيره في المجموعة التجريبية ثم متابعة التأثير بعد فترة (ثلاثة شهور) من انتهاء البرنامج المقترح .

الأهداف :

تهدف هذه الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج تدريبي سلوكي في تخفيف حدة الخوف المرضي لدى عينة من الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم.

تكمن أهمية الدراسة في الكشف عن مدى فاعلية البرنامج التدريبي السلوكي المستخدم في التخفيف من حدة الخوف المرضي عند الطلاب المعاقين عقليًا القابلين للتعلم،وتتمثل الأهمية فيما يلى:

- **الأهمية النظرية:** قلة الدراسات العربية التي تناولت بالبحث فاعلية البرامج التدريبية السلوكية في تخفيف حدة الخوف المرضي عند هؤلاء الطلاب وأن هذه الدراسة قد تضيف إلى رصيدنا المعرفي في هذا المجال .
- **الأهمية التطبيقية:** يتوقع بعد الانتهاء من هذه الدراسة أن يستفيد المعلمون، والأخصائيون الذين يعملون في هذا المجال من التطبيق العملي للبرنامج في استخدام فنيات العلاج السلوكي المستخدمة في هذا البرنامج لخفض مستوى الخوف المرضي عند الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم.

المصطلحات :

الخوف المرضي :

قام حامد عبد السلام زهران(1975، 392) بتعريف الرهاب على أنه "خواف أو خوف مرضى دائم من موقف أو موضوع (شخصي أو شيء أو موقف أو فعل أو مكان)غير مخيف بطبيعته ، ولا يستند إلى أساس واقعي ولا يمكن ضبطه أو التخلص منه أو السيطرة عليه، ويعرف المريض أنه غير منطقي، ورغم هذا فإن هذا الخوف يتملكه ويحكم سلوكه ويصاحبه القلق والعصبية والسلوك القهري.

ويعرف الخوف المرضي إجرائيًا:

على أنه انفعال داخلي يشعر به الإنسان وتثيره المواقف الخطرة والمؤلمة ويسلك فيه سلوكًا يعتقد أنه يُجيه من أخطار هذا الموقف وقد يصاحب هذا ألخوف المرضي مظاهر فسيولوجية أو جسمية مثل تصبب العرق، والرعشة، وسرعة خفقان القلب ، وتقلص في المعدة، وإغماء، وتبول غير إرادي .

المعاقون عقليًا القابلين للتعلم :

ترى آمال عبد السميع أباظة (2009، 15) أن هذه الفئة لديها قدرة على الاستفادة من البرامج التعليمية العادية ولكن بصورة بطيئة فيحتاجون إلى برامج خاصة موجهة لإحداث تغير في السلوك الاجتماعي فيصبح مقبولاً في تفاعله مع الآخرين ،وأيضًا في تحسين العمليات المعرفية لديهم والمهنية ،وتستطيع تلك الفئة الاعتماد على نفسها في عمليات البيع والشراء والعمل اليدوي مع مبادئ بسيطة من الناحية الأكاديمية أي المهارات الأولية للتعلم.

ويعرفهم إجرائيًا:

بأنهم الأطفال الذين ليس لديهم القدرة على التحصيل الدراسي والتعلم مقارنة بأقرانهم العاديين في نفس أعمارهم الزمنية وتتراوح نسبة ذكا ئهم ما بين(50 –70) درجة ويصاحب ذلك ضع .ف درجة توافقه.م م.ع الآخرين، وتحمل المسئولية عن أنفسهم، وهؤلاء الأطفال يمكنهم الاستفادة من بعض البرامج الخاصة التي تحسن من أدائهم التعليمي والاجتماعي والمهني بدرجة تتناسب وقدرات،وإمكانيات كل منهم.

3- البرنامج التدريبي السلوكي:

يعرف حامد عبد السلام زهران(2003) البرنامج بأنه"برنامج مخطط منظم في ضوء أسس علمية يقوم بتخطيطه وتنفيذه لجنة وفريق من المس ئولين المؤهلين ،لتقديم الخدمات الإرشادية المباشرة وغير المباشرة فرديًا وجماعيًا لجميع من تضمهم المؤسسة أو المدرسة بهدف مساعدتهم في تحقيق النمو السوي، والقوى بالاختيار الواعي والمتعقل ، ولتحقيق التوافق داخل المدرسة أو المؤسسة أو خارجها".

ويعرف إجرائيا:

بأنه مجموعة من الأنشطة، والألعاب، والممارسات العلمية والزيارات والرحلات الخارجية التي يقوم بها الطفل من خلال أسلوب تدريبي معين يهدف إلى تحسين سلوكه، وتفاعله الاجتماعي، ويخفف من مخاوفه المرضية، كما يتمثل في البرنامج المستخدم في الدراسة الحالية .

الفصل الثاني

مقدمة:

إن الأطفال ذو ي الاحتياجات العقلية يعانون من كثير من المخاوف المرضية والتي تظهر ، في صورة مشكلات سلوكية ناتجة عن هذه المخاوف ، تكون سبباً في اختلاف تكيفهم وسوء صحتهم العقلية ، خاصة و إن الخوف قد أصبح مظهرًا من مظاهر الحياة الحديثة والطفل أو المراهق أو الراشد لا تخلو حياتهم من المخاوف المرضية ،ولكن الفرق بين كل منهم هو فرق في الدرجة وفي أسباب مثيراته ومظاهر التعبير عنه (انتصار يونس ، 1948، 149). ولذلك فقد رأى الدارس أنه من الأهمية أن يتناول دراسة هذه المخاوف المرضية لدى هذه الفئة وكيفية تخفيفها من خلال برنامج تدريبي سلوكي يتمثل في مجموعة من الجلسات التي تهدف إلى التخفيف من حدة هذه المخاوف المرضية . ولكي تتضح حدود الدراسة ومعالمها ،فإننا في الفصل الحالي سوف يتناول بالشرح والتحليل ما يلي:

أولا: المفاهيم والمصطلحات الآتية:-

1- الخـوف المرضي.

2- المعاقين عقليًا القابلين للتعلم.

3- البرنامج التدريبي السلوكي.

1ـالخوف المرضي:

ليس هناك من انفعال يكثر تعرض الطفل له أكثر من الخوف ، وإنه يمكن أن تثيره أسباب غامضة عسيرة التحديد ، وهو يرتبط ارتباطًا وثيقاً بالانفعالات الأخرى ، كما إنه يلعب دورًا يبلغ من الأهمية في تكوين شخصية الطفل حدً ا

يتطلب أكبر قسط من العناية به وتدبير أمره (دوجلاس توم، 1969، 142) ويلعب الخوف المرضي دورًا قويًا في تحديد السلوك للفرد المصاب به ، ويعتبر من أكثر الاضطرابات التي تصيب الأفراد نظرًا للتطورات الانفعالية والجسدية والفسيولوجية التي يمرون بها ، والخوف المرضي خوف غير عقلاني وغير منطقي من أشياء لا تكون مضرة أو مسببة لأي حوادث أو أضرار.

وهو خوف مفرط ، ومتواتر ،وغير معقول بالنسبة للفرد الذي يقع ضحية له فهو رجع غير مناسب مع الظروف أو الموضوع الذي يسببه ،وقد لوحظ منذ أيام الطبيب اليوناني أبو قراط ، أن معظم الناس حتى الأصحاء منهم قد يعانون من بعض المخاوف المرضية غير المعقولة ، واستنبط مصطلح الخوف المرضي من الكلمة اليونانية التي تعنى الهروب أو الرعب أو الهلع.

(هارتين هربرت ، 1980، 185 - 186).

ويرى (عبد الله السيد عسكر، 2000، 205) الخوف المرضي "بأنه خوف شديد من موضوعات لا تثير الخوف في الغالب مثل الخوف من الأماكن المتسعة والأماكن المزدحمة ،و الحيوانات بأنواعها ،و الطيور ،و المطر وما إلى ذلك من موضوعات لا تثير الخوف الشديد أو الزعر الذي يصيب الفرد المصاب بالمخاوف المرضية التي يصاحبها حالة من القلق الشديد في محاولته لمواجهة الفوبيا ، ونظرًا للآلام الحادة التي تسببها حالة القلق المصاحب للفوبيا فإن الفرد يميل إلى تطوير إستراتيجيات التجنب مما يجعله مقيدًا ومعزولاً ويضاعف من المشكلة .

ويرى فيلدمان (*feLdman,1996,545*)الخوف المرضي"بأن ه عبارة عن مواقف شديدة لا عقلانية من مواقف أو أشياء غير محددة مثل الخوف من الأماكن المغلقة ، والخوف من الأماكن المرتفعة ،والخوف من الغرباء .
(*feLdman,1996,545*)

ويؤكد (محمود جمال أبو العزايم ، 1999 ،16) الخوف المرضي بأنة "عبارة عن حالة من الخوف المستمر غير المنطقي، وغير القابل للسيطرة علي ه من شيء ما أو موقف ما أو نشاط ما .

ويعرفه(عبد الستار إبراهيم ، رضوى إبراهيم ،2003 ،522) بأنة عبارة عن "خوف شديد ليس له ما يبرره وأن الشخص يعرف ذلك ولكنة يعجز عن التحكم في مخاوفه أو ضبط انفعالاته بصورة بناءة بما ينتهي به أيضا إلى العجز عن ممارسة حياته العملية والاجتماعية.

ويعرف الخوف المرضي أيضًا بأنه عبارة عن "خوف ورعب شديد مبالغ في ه وغير منطق ي وغير معقول من موضوع أو موقف ما ،ولا يمثل في حد ذات ه أي مصدر للخطر مع علم المريض وإدراكه بأن هذا الخوف ما هو إلا فكرة متسلطة ليس منة خطر أو أذى حقيقي ،ومع ذلك فإن هذا الخوف يسيطر علي ه ويحكم سلوكه ويجبره على تجنب مثل هذا الموضوع.

(عبد الرحمن العيسوى، 1968، 137) (حامد عبد السلام زهران ، 1975 ، 392+1978، 419)، (محمد عبد الظاهر الطيب ، 1982 ،142)، (حسن مصطفي عبد المعطى ،1998، 354)، (فيوليت إبراهيم ، وعبد الرحمن سليمان ،1998 ،91).

ويعرف بأنه خوف مرضى من موضوع ، أو شيء ، أو موقف لا يستثير عادة الخوف لدى عامة الناس وأسو يائه م ، ومن هذا أكتسب طابعة المرضي كالخوف من الأماكن المفتوحة (فرج عبد القادر طه، وآخرون،2005 ،642)

ويعرف الخوف المرضي أيضًا بأنه خوف لا مبرر له من شيء أو عمل ما . فصفة الخوف تعزى هنا إلى حقيقة هي إنها متأصلة في عقد الطفولة فما يخشى منة المرء شعوريًا يرمز إلى شيء مكبوت قد يكون إما خبرة واقعية ، وإما أن يكون في كثير من الأحيان حالة انفعالية يحس بها كخطر يهدد شخصيته كلها (يوسف ميخائيل أسعد،1998 ،111).

ويعرف الخوف المرضي أيضًا بأنه "حالات من القلق ارتبطت بموضوعات محددة تتميز بخوف غير معقول من ذلك الموضوع كالخوف المرضي من الأماكن المغلقة والذي هو عبارة عن الخوف من البقاء في أماكن ضيقة ومغلقة والذي يجعل بعض الأفراد غير قادرين على ألبقاء في غرفة مغلقة الأبواب ومسدلة بالستائر أو الصعود في المصاعد الكهربائية.

(عبد الرحمن عدس ، و محى الدين توق ،1995 ،376).

ومن وجهة النظر التحليلية تعرف المخاوف المرضية "بأنها نوع من العصاب عرضة الغالب الخوف المرضي السابق من شيء أو موقف معين يثير رغبات مكبوتة عادة أُوديبية كما يثير الدفاعات ضد هذه الرغبات .

(عبد المنعم الحفني ،1994 ، 613).

واتفق كل من حامد عبد السلام زهران (1978 ،417)،محمد عبد الظاهر الطيب (1982 ،143) في تعريفهم للخوف المرضي على إنه خوف دائم من وضع

أو موضوع شخصي ، أو شيء ، أو موقف ، أو فعل ، أو مكان غير مخيف بطبيعته ولا يستند إلى أساس واقعي ، ولا يمكن ضبطه أو التخلص منة أو السيطرة عليه ويكون غير واضح وغير عقلاني ولا يعرف المريض له سببًا .

وتشير آمال أباظة (2002، 184) **إلى الخصائص العامة للتعريفات والمفاهيم العديدة التي تعرضت لتعريف المخاوف المرضية فيما يلى:**

- تكثر المخاوف المرضية في الطفولة ولكنها تحدث في جميع مراحل الحياة.
- يرتبط الخوف المرضي أو الفوبيا بموقف لا يمثل خوفاً حقيقياً وموضوعيًا أو شديدًا للشخص .
- مصدر الفوبيا أحيانًا من مثيرات بيئية خارجية وأحياناً من تفكير الشخص وتخيلاته حول ذاته وظروفه الصحية.
- يظهر الخوف المرضي (الفوبيا) في صورة مبالغ فيها وشديدة لا تتناسب مع مصدر الخوف سواءً كان داخليًا أم خارجيًا .
- يؤدى الخوف المرضي إلى تجنب الفرد لموضوع الخوف وما يتصل به من مثيرات أُخرى لعجزة عن مواجهة هذه المخاوف .
- تعتبر المخاوف المرضية هي بداية حدوث الاضطرابات الوجدانية بأكملها فيما بعد طبقا لميكانيزم العزل أو التجنب الذي قدمه صلاح مخيمر ورأى دروثى رو.
- تنشأ المخاوف المرضية من مفاهيم ومعتقدات و أفكار خاطئة ترتبط بموقف (مثير) الخوف وبذلك فهي مكتسبة وتعتبر هذه وجهة النظر المعرفية .

- يتم إزاحة الخبرة المخيفة من الموضوع الأصلي إلى الموضوعات البديلة التي ترمز له .
- يشعر الفرد بأن خوفه مبالغ في ه وخاطئ ولكنة يعجز عن التخلص من ه أو مقاومته.

الفرق بين الخوف العادي والخوف المرضي:

الخوف العادي انفعال طبيعي في الإنسان وهو يؤدى وظيفة هامة فهو يدفعه إلى ألهرب من الخطر ،والحذر منة فيعينه ذلك على حفظ حياته غير أنه كثيرًا ما يتجاوز الخوف هذه الوظيفة الهامة فيصبح سببًا لإلحاق الضرر بحياته.

(محمد عثمان نجاتي ،1978 ،11)

ويرى توماس أولندك أن الخوف استجابة انفعالية طبيعية للتهديد الحقيقي ، أو المتخيل من موقف ما ، وكل طفل تعلم درجة ما من الخوف أثناء نموه من مرحلة الطفولة إلى مرحلة الرشد ، وتختلف هذ ه المخاوف في شدتها واستمراريتها ، وعادة تكون هذه المخاوف معتدلة ومرتبطة بالمرحلة العمرية ، كما إنها تكون وقتية ، ولكنها إذا زادت في شدتها و استمراريتها فإنها تتطور إلى الفوبيا. (OLLendick,T,1979,127)

والخوف حالة شعورية وجدانية يصاحبها انفعال نفسي وبدني تنتاب الطفل عندما يتسبب مؤثر خارجي في إحساسه بالخطر ، وهو وظيفة للحفاظ على البقاء والحياة أيضًا لدى الكائنات الأخرى ، والخوف انفعال قديم وشائع بدأ مع الإنسان منذ بدء الخليقة ، وكما يخاف الإنسان في طفولته وكبره تخاف بقية

المخلوقات ،ويظهر خوفها في مظاهر مألوفة وغير مألوفة (ذكريا أحمد الشربيني 1994، 113).

ويفرق **خليل ميخائيل معوض** (1994، 286- 287) بين المخاوف العادية الموضوعية ، **والمخاوف الذاتية المرضية كالتالي :-**

- المخاوف العادية هي مفيدة أحيانًا في وقاية الفرد وحمايته ، ودفع الأذى عنه وتجنبه الكثير من المخاطر.
- أما المخاوف الذاتية المرضية فهي مخاوف غامضة ، وغير منطقية لا يعرف لها سبب واضح لأنها أصبحت في دائرة اللاشعور فلا نستطيع التخلص منها إلا بطرق العلاج المعروفة ، والمخاوف المرضية قد تكون نتيجة خبرات مؤلمة أو أحداث مفزعة .

ويفرق حامد زهران (1974) بين الخوف العادي والخوف المرضي ويعرف الخوف العادي بأنه خوف غريزى بمثابة حالة يحسها كل إنسان في حياته العادية حين يخاف من مثيرات مخيفة فعلا مثل: حيوان مفترس حين يشعر باقترابه ينفعل، ويخاف، ويقلق، ويسلك سلوكًا ضروريًا للمحافظة على الحياة وهو الهرب.

فالخوف العادي إذن خوف موضوعي، أو حقيقي (من خطر حقيقي)، و أما الخواف (الخوف المرضي) فهو خوف شاذ ، ودائم، ومتكرر، ومتضخم، مما لا يخيف في العادة ، ولا يعرف المريض له سببًا .

وقد يكون الخواف عامًا غير محدد وهمي ، أو غير حسي : كخوف المريض من الموت أو العفاريت ...إلخ، ويطلق على الخواف اسم (استجابة الخوافي)وهو خوف مرضى دائم من وضع أو موضوع (شخصي ، أو شيء ، أو موقف، أو فعل، أو مكان) غير مخيف بطبيعت ه ، ولا يستند إلى أساس واقعي ، ولا يمكن ضبطه أو التخلص منه ، أو السيطرة عليه ، ويعرف المريض على إنه غير منطقي ورغم هذا فإن هذا الخوف يتملكه ، ويحكم سلوكه ، ويصاحبه القلق ، و العصبية ، والسلوك القهري (حسن مصطفي عبد المعطى ،2003، 285).

والخوف هو تعرض الفرد لإحساس خاص بالتهديد ، وله أربع متغيرات تحيط به ،وتساعد على توحيد ه وهى :- (العناصر المعرفية – العناصر الجسمية – العناصر الانفعالية – العناصر السلوكية)، (ألفت حقي، 1995، 50)

والخوف أيضًا هو استجابة انفعالية لخطر مهدد، ويتمثل تأثيره الفسيولوجي في تهيئة الكائن الحي للعراك أو الجري ، ويتضمن الهرب زيادة في الأدرينالين بالدم مما يعمل على ارتفاع ضغط الدم ، كما يساعد على إحداث الجلطة في حالة الإصابة بجراح ، وكذلك ينسحب الدم من سطح الجسم إلى الأعضاء الداخلية محدثًا شحوبًا في اللون وينطلق السكر الكبدي المخزون بالعضلات ليوفر قدرًا أكبر من الطاقة ، أما القلب فتزداد دقاته وتشتد في قوتها كما تتوقف العملية الهضمية (يوسف ميخائيل اسعد ،1998، 50).

كما يعرف الخوف بأن ه حالة انفعالية داخلية طبيعية يشعر بها الإنسان في بعض المواقف ، ويسلك فيها سلوكا يبعده عادة عن مصدر الضرر ،وينشأ ذلك عن استعداد فطرى (اشرف محمد عبد الغني ،2000، 64).

والخوف هو انفعال في النفس يحدث لتوقع ما يرد من المكروه ، أو يفوت من المحبوب ، وجاء للخوف عدة معاني أخرى بأنه (خاف)- خوفا ، ومخافة وخيفة : توقع حلول مكروه ، أو فوت محبوب ويقال : خاف منه ، وخاف عليه فهو خائف (المعجم الوجيز،2003، 214).

والخوف عبارة عن حالة داخلية مستنبطة ،ويتم تمثيلها في أغلب الأحوال بواسطة سلوك الإحجام ،ول ه بعض الفوائد الإكلينيكية المتمثلة في وجود مظاهر سلوكية قابلة للقياس مثل التعابير الشفهية والوجهية، وكذلك تغيرات تخطيط القلب الكهربائي (EKG) (عبد المجيد سيد أحمد، وآخرون،2003، 255)

والخوف العادي هو انفعال أساسي في حياة الإنسان ، وهو من أكثر الحالات الانفعالية شيوعا فلا تخلو حياة إنسان من الإحساس بالخوف ، أو القلق أو الحذر ، أو الترقب ، والتوقع ، والتوجس ، فنحن نقلق على كل شيء في حياتنا العملية تقريبا كبر هذا الشيء أم صغر (حسن مصطفي عبد المعطي،2003، 280)

والخوف هو حالة من التوجس أو الاستجابة لموقف مهدد وخطر ، ومن ناحية ثانية يستخدم مصطلح الرهاب للدلالة على خوف لا عقلاني شديد ومستمر وغالبًا ما يعتبر الخوف على إنه مستوى منخفض وواقع ي من الاستجابة لتهديد أو خطر في حين الاستجابات الرهابية تكون غير واقعية ، وكثيرًا ما تكون متطرفة وشديدة (عبد المجيد سيد أحمد وآخرون ،2003، 256)

ويمتاز الخوف المرضي بقدرته على أن يسبب درجة كبيرة من القلق لصاحبة مما يجعل المريض عاجزًا عن احتمال الموقف ، وكذلك فإن مبلغ ما يشعر

بـه المريض من خوف قوى يفوق مقدار ما قد يوجد في الموقف أو الحدث أو الموضوع المخيف من خطر حقيقي ، أو تهديد حقيقي لحياة الإنسان أو إيذائ .

(عبد الرحمن محمد العيسوي ،2001، 179).

ويعرف الخوف المرضي من الناحية الإجرائية : بأنه انفعال داخلي يشعر به الإنسان وتثيره المواقف الخطرة والمؤلمة ويسلك فيه سلوكًا يعتقد انه يُنجيه من أخطار هذا الموقف ، وقد يصاحب هذا الخوف المرضي مظاهر فسيولوجية أو جسمية مثل تصبب العرق ، والرعشة ، وسرعة خفقان القلب ، وتقلص في المعدة وإغماء ، وتبول غير إرادي .

أسباب المخاوف المرضية

إن أسباب الإصابة بالفوبيا غير معروفة على وجه الدقة بالنسبة لجميع الحالات ، هناك بعض الحالات التي تصاب بالفوبيا عقب التعرض لحادث معين تعقبه الإصابة مباشرة (عبد الرحمن محمد العيسوي ،2001، 179 -181)

وقد ترجع المخاوف المرضية إلى ثلاثة أسباب محتملة :

- خبرة مروعة ، وفي معظم الحالات يكون المريض قد نسيها .
- استجابات شرطية في موقف يؤدى إلى الخوف في الغالب في الطفولة المبكرة .
- إسقاط رمز لخوف عام أو لصراع عام في معظم الحالات ينسى المريض السبب الحقيقي .

(عبد الرحمن محمد العيسوي ،1984، 148)

وهناك أربعة ظروف تنشأ فيها الفوبيا :

- قد تنشأ الفوبيا بلعتبارها خبرة اشتراطيه شديدة في الحياة المبكرة للفرد .

- وعادة ما تكون استجابة الخوف نتيجة إزاحة مخاوف عامة إلى رمز يستطيع الفرد بعد ذلك تجنبه.
- قد تنشأ الفوبيا لحماية المريض من الرغبات اللاشعورية المستهجنة .
- وأخيرًا قد تظهر الفوبيا وبخاصة تلك التي من نوع وسواس ي نتيجة للشعور بالذنب من سلوك معين يعتبر ه المريض سلوكًا آثمًا. (والتركوفيل وآخرون،1986، 176 – 177)، ويتفق مع ذلك (مصر ي عبد الحميد حنورة 1998، 33)

وترجع المخاوف المرضية إلى الخبرات الشرطية البغيضة في المواقف المختلفة بالإضافة إلى الخبرات المعرفية و إن الخبرات الشرطية تنتج أعراضًا فسيولوجية أكثر شدة من الخبرات المعرفية التي يكتسبها الفرد .

(*Merckelbach,H.et al,1989,658*)

ويشير(حامد عبد السلام زهران ، 1997، 505) إلى عدة أسباب وعوامل للمخاوف المرضية ه ي :-

- الظروف الأسرية المضطربة.
- خوف الكبار وانتقاله عن طريق المشاركة الوجدانية والإيحاء والتقليد .
- القصور الجسمي ، والقصور العقلي ، والرعب من المرض.
- الفشل المبكر في حل المشكلات .
- الشعور بالإثم وما يرتبط به من خواف .
- وقد يكون الخواف دفاعًا لحماية المريض من رغبة لاشعورية مستهجنة جنسية أو عدوانية في الغالب.

- وتلعب حيلة الإزاحة دورًا ديناميًا فعا لاً في الخواف ،حيث تزاح المهددات الداخلية إلى مهددات خارجية إزاحة لاشعورية.

من خلال هذا العرض لأسباب المخاوف المرضية نستنتج أن من الأسباب التي تؤدى إلى ظهور المخاوف المرضية لدى الفرد ما يلي :-

1. أسباب تتعلق بالبيئة المحيطة بالفرد.
2. أسباب تتعلق بأساليب المعاملة الوالدية .
3. أسباب تتعلق بالمخاوف المرضية نفسها .
4. أسباب تتعلق بالمريض كوسيلة لحمايته.

انتشار المخاوف المرضية :-

من أمثلة المخاوف المرضية الشائعة والمنتشرة والتي اتفق عليها كثير من علماء النفس . الخوف من الأماكن العالية ، والأماكن المفتوحة ، والأماكن المغلقة والخوف من العواصف ، والرعد ، والبرق ، والخوف من رؤية الدم ، والخوف من التلوث ، والخوف من الظلام ، والخوف من الوحدة ، والخوف من الزحام، والخوف من المدرسة ، والخوف من الحيوانات (حسن مصطفي عبد المعطى، 2003، 289 – 290)، **ويقرر أصحاب نظريات التحليل النفسي إلى أن البيئة هي** سبب المخاوف كما إنها تساعد على وجودها حيث يفترضون أن المخاوف متعلمة من المحيط البيئي ، وأن هناك بعض الأفراد يكتسب مخاوف غير واقعية ، وآخرون لا يكتسبوها على الرغم من إنهم يعيشون في نفس الظروف البيئية (*DAVISON,G,Nealed,1978,159*). ويشير (عبد المجيد سيد أحمد وآخرون

2003، 262- 263)إلى أن الدراسات التي أجريت حديثا أكدت أن العدد الإجمالي للمخاوف يقل مع التقدم في العمر.

أعراض المخاوف المرضية :

يشير خليل ميخائيل معوض (1994، 285- 286)أنه عند الخوف تعبئ إمكانات الفرد الفسيولوجية بهدف الحفاظ على الذات ، بحيث يصبح الكائن الحي في حالة تأهب وتيقظ ونشاط ،ويلخص (حامد عبد السلام زهران ، 1997 ، 506) أعراض المخاوف المرضية في الآتي :-

- القلق والتوتر.
- الأفكار الوسواسية والسلوك القهري.
- السلوك التعويضي مثل : النقد ، والسخرية، والتحكم ، وتصنع الوقار والجرأة والشجاعة.
- ضعف الثقة بالنفس ، والشعور بالنقص ، وعدم الشعور بالأمن، والتردد وإضاعة الوقت بعمل ألف حساب لكل أمر ، والجبن وتوقع الشر ، وشدة الحرص، أو التهاون والاستهتار، والاندفاع ، وسوء السلوك.
- الإجهاد، والصداع، والإغماء، وخفقان القلب، وتصبب العرق، والتقيؤ، وآلام الظهر، والارتجاف، واضطراب الكلام، والبول أحياناً .
- الامتناع عن بعض مظاهر السلوك العادي ويصبح الخواف عائقًا معجزًا .

الخصائص الإكلينيكية لأعراض الخوف:

يشير حسن مصطفي عبد المعطى (2003، 290- 294)إلى الخصائص الإكلينيكية لأعراض الخوف والتي تظهر في عدة متغيرات من أهمها :

1-التغيرات المعرفية:

تظهر القسمات العقلية المعرفية للخائف على النحو التالي:

- **بالنسبة للإدراك** : في حالة الخوف لاستطيع الخائف إدراك جميع ما يصل إلى حواسه من إحساسات.
- **بالنسبة للتذكر** : تضعف الذاكرة عند الشخص الخائف وسرعان ما ينسى الأشياء الأساسية في حياته .
- **بالنسبة للتفكير** : إن الشخص الخائف لا يستطيع ترتيب أفكاره أو حتى يراعى المنطق في النسق الفكري الذي يتبعه .

2-التغيرات الوجدانية :

تتميز الحالة الوجدانية للإنسان عند الخوف بما يلي:

- **التقلب الوجداني** : فالشخص الخائف لا يتسم بالثبات الانفعالي .
- **التذبذب بين الخوف والقلق .**
- **التشنجات الانفعالية.**
- **كثرة الأحلام المزعجة.**

3-التغيرات الجسمية والفسيولوجية .

هناك تغيرات جسمية تظهر على الإنسان في حالة الخوف نلخصها فيما يلي:-

- **يحدث تغير في ملامح الوجه** : كاتساع العينين وإنفراج الجفون ووقوف شعر الرأس وعض اللسان.
- **يحدث تغير في لون البشرة** : تحول لون البشرة إلى اللون الأصفر.
- **اضطراب حركات الجسم والأطراف** : ضعف أطراف الخائف حيث لا يستطيع أن يحمل شيئًا أو أن يقف على رجله .

- **يحدث تغير في الصوت** : ويجف لعابه ويصاب بالحبس .
- **تحدث تغيرات فسيولوجية** : كتغير في سرعة ضربات القلب والدورة الدموية وزيادة في ضغط الدم واضطراب التنفس وتدفق هرمون الأدرينالين وحدوث تقلصات عضلية ونشاط الجهاز العصبي.
- **بالنسبة للسلوك** : يميز الخائف بضعف الإرادة وعدم القدرة على أداء العمل ومواصلته ، والشك في الآخرين.
- **ضعف الأداء والإنجاز**: فالخوف لا يحفز على الإبداع وإنجاز الأعمال .
- **ضعف العلاقات الاجتماعية** : فالشخص الخائف يكون في حالة توجس وترقب وحرص عند التعامل مع الآخرين.

تصنيف المخاوف المرضية:

اتفق كل من أحمد فهمي عكاشة (1998)، ألفت حقي (1995)، حسن مصطفي عبد المعطى (1998)، محمود جمال أبو العزايم (1999) على تقسيم المخاوف المرضية **من خلال تصنيفها إلى** :

1-رهاب الخلاء (الساحة أو الأماكن المتسعة) *Agoraphobia* :

وهو مجموعة محددة نسبيًا من اضطراب الرهاب **وتشمل** : مخاوف من مغادرة المنزل أو الدخول إلى المحال أو الزحام أو الأماكن العامة أو السفر بعيدًا في القطارات أو الأتوبيسات أو الطائرات ، وهو أشد اضطرابات الرهاب إعاقة وأغلب مرضاه من النساء ، وهو يبدأ عادة في مقتبل العمر.

2-رهاب اجتماعي *Social phobia*:

هو الخوف من الوقوع محل ملاحظة من الآخرين مما يؤدى إلى تجنب المواقف الاجتماعية ، وعادة ما يصاحب المخاوف الاجتماعية العامة تقييم ذاتي منخفض وخوف من النقد ، وقد يظهر على شكل شكوى من احتقان الوج ه أو رعشة باليد أو غثيان أو رغبة شديدة في التبول .

3- رهاب محدد (منفرد) *Specific(isolated)phobias:*

هو رهاب يقتصر على مواقف شديدة التحديد مثل الاقتراب من حيوانات والأماكن المرتفعة ، والرعد، الظلام ، الطيران، الأماكن المغلقة، التبول أو التبرز في مراحيض عامة ، تناول مأكولات بعينها، طب الأسنان، منظر الدم أو الجروح والخوف من التعرض لأمراض معينة ، وبالرغم من أن الموقف المثير محدد، إلاَّ أن التعرض له قد يثير رعبًا كما في حالات رهاب الخلاء، أو الرهاب الاجتماعي وتبدأ أنواع الرهاب المحدد عادة في الطفولة أو في مقتبل العمر وقد تستمر لعقود من الزمن إذا لم يتم علاجها .

وقد صنف (**عبد الفتاح محمد دويدار**، 2006، 209-214)**المخاوف المرضية إلى ثلاث هى :**

1-مخاوف المثيرات الواضحة الصريحة :

إن هذا الضرب من الفوبيا هو أشبه ما يكون بالأعصا ب الصدم ي الذي تدفع إلى ظهوره تجربة أليمة تتضمن معنى الصدمة العاطفية أو الانفعالية البالغة الشدة والوقع على النفس ، وهو ضرب من الأعصا ب المتضمن لمعنى الاستجابة الشرطية حيث يواصل ألفرد رد فعل المثيرات الحاضرة المماثلة لمثيرات الماضي وهو لا يزال متأثرًا بتجربة اختبرها في الماضي .

2-مخاوف المثيرات واضحة الرمزية :

إن مثيرات الخوف في هذا الضرب من الفوبيا ه ي مجرد رمز أو شعار مادي يمثل أمرًا معنويًا إلاَّ أن رمزيته واضحة المعنى وضوحًا يسهل مع ه نسبيًا تبين ما يمكن أن تشير إليه مثيرات الخوف هذه من تجربة ماضية عاناها الفرد ، وقد خلفت فيه أثرًا بليغًا .

3-مخاوف المثيرات مبهمة الرمزية :

وه و ضرب من الفوبيا ينبعث في الخوف بفعل مثيرات رمزي ة غامضة معانيها لا تكشف عن رموز إليه بصوره يسهل تبينها نسبيا، فالخائف في هذه الحالة يكون خائفًا من دوافع وميول له تتنافي مع دوافع وميول أُخرى يمليها عليه ضميره ، و يحتمها المجتمع المثالي .

تصنيف المخاوف تبعا للمراحل العمرية :

تشير(آمال عبد السميع أباظة (1)،2003، 107- 108) إلى أنه ظهر اتجاه يؤلف بين آراء من يروا المخاوف المرضية لها أساس فطرى ومن يروا أنها مكتسبة وذلك باختلاف المخاوف تبعا لاختلاف وتغير المرحلة العمرية، ومن أشهر علماء هذا الاتجاه "وولمان " حيث صنفها إلى ثلاث مستويات :

- مخاوف ميلاده .
- مخاوف مرتبطة بمراحل النمو.
- مخاوف ناتجة عن خبرة صادمة (تشريطية).

وقد قسم (حسن مصطفي عبد المعطى ،2003، 287) الخوف إلى قسمين:

1-خوف معتدل: وهو يختلف في شدته تبعا للمثير إذ تكون مصادره واضحة كالخوف من النار أو الأسد غير المقيد ، أو من

سيارة مسرعة نحو الفرد وهذا الخوف و إن كانت درجته عالية لكن عدد مرات تكراره ترجع إلى الصدفة.

2-**خوف مرضى :** قد يتمثل في انطواء الفرد وعدم جرأته أو تهته في الكلام ومثل هذا الخوف يجهل المريض مصدره وأسبابه الرئيسية وهو خوف شاذ يعجز الفرد عن التخلص منه أو التحكم فيه

2-المعاقون عقليًا القابلين للتعلم :

مقدمة :

يشكل المعاق ون عقليًا ظاهرة اجتماعية مهمة ، سواء في المجتمعات المتحضرة أو في المجتمعات النامية، وذلك لتوفير أكبر فرص للتوافق الاجتماعي وحتى لا يصبح المعاق عقليًا عبئًا على الأسرة والدولة ،وقد تضمنت توصيات بعض المؤتمرات التي اهتمت بالطفولة ضرورة الاهتمام بتربية الأطفال المعاقين ، واعتبار رعايتهم حقًا إنسانيًا تقننه التشريعات والقوانين والعمل على استثمار إمكانياتهم بما يضمن لهم التوافق مع البيئة المحيطة ، وتأهيلهم للاندماج مع المجتمع الذي يعيشون فيه بالإضافة إلى الاهتمام ببرامج التنمية والرعاية واعتبار هذه البرامج مطلبا اجتماعيا أساسيًا في تربية الأطفال ورعايتهم وتأهيلهم للاندماج مع الآخرين في البيئة المحيطة (أسماء السرسي ، أماني عبد المقصود ،2002) وقد أشار عبد المطلب أمين القريطي (1996 ، 37 -38) لأهداف التربية الخاصة فيما يلي:

1- تحقيق الكفاءة الشخصية.

2- تحقيق الكفاءة المهنية.

3- تحقيق الكفاءة الاجتماعية.

مفهوم المعاقين عقليًا القابلين للتعلم :-

ليس من السهل تعريف الإعاقة العقلية ،وذلك لأسباب ترجع إلى طبيعة هذه الإعاقة العقلية، فهي مشكلة متعددة الأبعاد والجوانب ، فالإعاقة العقلية مشكلة طبية ، وتربوية ، واجتماعية ، وعلمية أيضًا .

(أشرف عبد الغني شريت،2009، 49 -50)

وقد استخدمت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي
American Association of Mental Retardation (A.A.MR.)
مفهوم التأخر العقلي بمعنى التخلف العقلي وأطلقته على كل من يقل مستوى قدراته العقلية العامة عن المتوسط (كمال إبراهيم مرسي ،1996، 209).
وهناك مجموعة من التعريفات ظهرت لمفهوم الإعاقة العقلية لا تزال تستخدم على نطاق واسع أذكر منها بإيجاز فيما يلي :-

أ-التعريف التربوي :

يعرف الطفل المعاق عقليا من الناحية التربوية بأنه الطفل الذي يكون لديه قصور في القدرة على التعلم والتكيف لمطالب المجتمع (محمد محروس الشناو ي 1997، 37).

وتعرف(آمال عبد السلام أباظة،2009، 15) المعاقين عقليًا القابلين للتعلم بأنهم فئة لديهم القدرة على الاستفادة من البرامج التعليمية العادية ولكن بصورة

بطيئة ، ويحتاجون إلى برامج خاصة موجهة لإحداث تغيير في السلوك الاجتماعي ليصبحوا مقبولين في تفاعلهم مع الآخرين ، وأيضًا في تحسين العمليات المعرفية لديهم والمهنية ، وتستطيع تلك الفئة الاعتماد على نفسها في مرحلة عمليات البيع والشراء والعمل اليدو ي مع مبادئ بسيطة من الناحية الأكاديمية أ ي المهارات الأولية للتعلم.

ب- التعريف الاجتماعي:

يشير (كمال سالم ، 1988، 115) إلى أن التخلف العقل ي من الوجهة الاجتماعية هو انخفاض المستوى الثقافي والقدرة على التعامل مع الآخرين .

وقد وضع الاتحاد الأمريكي للتخلف العقلي تعريفا يركز على وصف نسق المساعدات التي يحتاجها الفرد ، ولذلك فقد تم تحديد السلوكيات التكيفي ة بعشرة مجالات لمهارات التكيف مؤكدًا على الشخص وعلاقاته التفاعلية مع البيئة، والذي نص على أن التخلف العقلي هو قصور جوهر ي في الأداء الوظيفي العقلي أقل من المتوسط ويصاحب هذا القصور عائقان أو أكثر في إحدى مهارات التكيف التالية: الاتصال والعناية بالذات، والمعيشة المنزلية ، والمهارات الاجتماعية ، والتعامل مع المجتمع المحلى ، وتوجيه الذات، والصحة والأمان ، والمهارات الأكاديمية الوظيفية ووقت الفراغ والعمل ، ويظهر التخلف العقلي قبل سن الثامنة عشر *Kevinl* 1995 (p713) .

ج-التعريف النفسي:

يعرف (حامد عبد السلام زهران ، 1998، 432) الإعاقة العقلية بأنها حالة عجز أو قصور أو تأخر أو توقف أو عدم اكتمال النمو العقلي المعرفي ، يولد بها الفرد

وتحدث في سن مبكرة نتيجة لعوامل وراثية أو بيئية أو مرضية تؤثر على الجهاز العصبي للفرد ، مما يؤدى إلى نقص الذكاء وتتضح آثارها في ضعف مستوى أداء الفرد في المجالات التي ترتبط بالنضج ، والتعلم، والتوافق النفسي والاجتماعي والمهني بحيث ينحرف مستوى الأداء عن المتوسط في حدود انحراف معياريين سالبين.

د- التعريف الطبي:

تشير لوريا (1983) *Luria* إلى أن المتخلف عقليًا هو ذلك الشخص الذي يعانى من أمراض دماغية حادة في طفولته المبكرة، وتؤخر هذه الأمراض من الارتقاء السوي للمخ ، وما ينتج عن هذا من مشكلات خطيرة في ارتقاء الوظائف العقلية (*Luria*:1983,10)، وتشير (آمال عبد السلام أباظة، 2009) في التعريف الطبي للإعاقة العقلية بأنه يعتبر أقدم التعريفات ، ويعرف التخلف العقلي أو الإعاقة العقلية بعدم اكتمال نضج الدماغ وخلاياه ومراكزه ، إما بالإصابة بمرض أو اختلال جيني أثناء الحمل لتعاطي الأم بعض الأدوية أو الإدمان أو التعرض للإشعاع أو الإصابة بالأورام وغيرها من الأمراض الأشد خطورة مثل الإيدز والسرطان أو لعوامل مؤثرة أثناء الولادة أو بعدها.

ونعرف المعاقين عقليًا القابلين للتعلم من الناحية الإجرائية:

بأنهم الأطفال الذين ليس لديهم القدرة على التحصيل الدراسي والتعلم مقارنة بأقرانهم العاديين في نفس أعمارهم الزمنية وتتراوح نسبة ذكا ئهم ما بين (50- 70) درجة ، ويصاحب ذلك ضعف درجة توافقهم مع الآخرين ، وتحمل المسؤولية عن أنفسهم ، وهؤلاء الأطفال يمكنهم الاستفادة من بعض البرامج الخاصة التي تحسن من أدائهم التعليمي ، والاجتماعي ، والمهني بدرجة تتناسب وقدرات ، وإمكانيات كل منهم.

تصنيف المعاقين عقليًا :-

يشير(كمال مرس ي ،2000، 25) إلى أنه لا يوجد تصنيف واحد للمعاقين عقليًا يتفق عليه المتخصصون في هذا المجال لأن الإعاقة العقلية ليست درجة واحدة أو نمطًا واحدًا . كما إن أسبابها كثيرة جدًا ، ويقوم الباحث بالتعرض لبعض هذه التصنيفات المختلفة .

أ-التصنيف التربوي للإعاقة العقلية :

استند علماء التربية الخاصة في تصنيفهم التربوي للإعاقة العقلية إلى أربعة فئات جاءت على النحو التالي:-

جدول رقم (1)

يوضح التصنيف التربوي (التربية الخاصة) لذوى الاحتياجات العقلية

م	الفئة	نسبة الذكاء تتراوح من
1	بطيء التعلم *Slow learner*	90-75
2	القابلون للتعلم *Educable mentally retarded*	75 -50
3	القابلون للتدريب *Trainable mentally retarded (T M R)*	50-30
4	الطفل غير قابل للتدريب (الاعتمادي) *The totally dependent child(Untrainble)*	30- فما دون

(نادر فهمي الزيود، 1995، 18)

ب- التصنيف السيكومتري (من وجهة نظر القياس النفس ي) للإعاقة العقلية :

يعتمد هذا التصنيف في ضوء معيار نسبة الذكاء على مقياس القدرة العقلية لستانفورد بينيه على ثلاثة فئات جاءت على النحو التالي:-

جدول رقم (2)

يوضح التصنيف السيكومتري(من وجهة نظر القياس النفسي) لذوى الاحتياجات العقلية

الفئة	نسبة الذكاء على اختبار ستانفورد بينيه
المأفون	من 51-75
الأبله	من26-50
المعتوه	من25 فأقل

(حسام إسماعيل هيبه، 1997، 52)

ج- التصنيف الاجتماعي لذوى الاحتياجات العقلية:

يعتمد هذا التصنيف على فكرة التكيف الاجتماعي أو السلوك التكيفي ،وقد صنف حالات التخلف العقلي بما يتفق مع تصنيف الجمعية الأمريكية للمتخلفين عقليًا والذي جاء على النحو التالي:

جدول رقم (3)

يوضح التصنيف الاجتماعي لذوى الاحتياجات العقلية

الفئات	درجة التخلف	فئة الانحراف المعياري لنسب الذكاء	نسب الذكاء	
			ستانفورد- بينيه	وكسلر- بلفيو
تخلف عقلي بسيط	1	-2,01 إلى-3	70-52	74-55
تخلف عقلي متوسط	2	-3,01 إلى-4	51-36	54-40
تخلف عقلي شديد	3	-4,01 إلى-5	35-20	39-25
تخلف عقلي عميق	4	-5 فأقل	أقل من 20	أقل من 25

(يوسف القريوتى، وآخرون،1995، 109)

د- التصنيف الطبى الإكلينيكى لذوى الاحتياجات العقلية :

يعتمد هذا التصنيف على المظاهر والملامح البيئية التي تصاحب بعض حالات الإعاقة العقلية والتي جاءت على النحو التالي :

جدول رقم (4)

يوضح التصنيف الطبي الإكلينيكي لذوي الاحتياجات العقلية

الفئات	أهم أسبابها
1-المنغولية أو عرض داون *Mongolian Or/Dawn`s syndrome*	تشير الدراسات إلى أن أسباب حالة المنغولية يحتمل أن تكون اضطراب الإفرازات الداخلية لدم الأم في بداية الحمل واضطراب أو نقص هرمونات الغدد الصماء وكبر سن الأم عند الحمل (أكثر من 40 سنة) (وخاصة إذا كان الحمل الأول). ولشذوذ توزيع الكروموزومات في شكل وجود كروموزوم جنسي زائد نتيجة لاضطراب تكويني في البويضة.
2-القزم *Cretins*	ترجع أسباب القماءة أو القصاع إلى نقص هرمون الغدة الدرقية منذ المرحلة الجنينية وتتحسن حالتهم الجسمية ونموهم و درجة ذكاءهم إذا عولجوا مبكرًا خلال السنة الأولى.
3-صغر الجمجمة *Microcephalies*	ترجع أسباب هذه الحالة إلى إصابة الجنين في الشهور الأولى نتيجة علاج الأم بالأشعة أو الصدمات الكهربية، وحدوث عدوى أثناء فترة الحمل أو وجود موروث (جين) متنحى مسئول عن الحالة، أو التحام عظم الجمجمة مبكرًا بحيث لا يسمح بنمو حجم المخ نموًا طبيعيًا.
4-كبر الجمجمة *Macrocephalies*	ومن أسباب هذه الحالة وجود عيب في المخ عن طريق ال وراثة (الجينات) أدى إلى نمو شاذ في أنسجة المخ وفي الجمجمة، ويلاحظ في هذ ه الحالة بالذات إن نمو حجم الدماغ لا يعنى بالضرورة وجود التخلف العقلي لأن حدوث التخلف العقلي يتوقف على مدى التلف الذي أصاب المخ.
5-حالات عامل الريزيسى في الدم *R.H. Factor*	تنشأ هذه الحالة عن اختلاف دم الزوجين فإذا كانت الأم R H - أى لا يوجد بها هذا العامل، والأب R H + أي يوجد لديه هذا العامل و ورث الجنين من أبيه نوع دمه RH+ حدث هذا الاضطراب مما يؤثر سلبيًا على خلايا المخ و وظائفه.

(سهير كامل أحمد،1998، 87-91)

أسباب الإعاقة العقلية :

ترجع أسباب الإعاقة العقلية إلى عوامل ثلاثة عامة هي:-

أولا: العوامل الجينية الوراثية :

تعتبر العوامل الوراثية من أهم العوامل المس ئولة عن الإعاقة العقلية بالأطفال ذوي الأمهات أو الآباء المتخلفين عقليًا يولدوا متخلفين عقليًا ويظهر ذلك في زواج الأقارب أكثر. ومن الأمثلة التي توضح أثر العوامل الوراثية المنغوليين والقصاع (القزم) وكبر الدماغ . ويتعاون مع الجين الوراثي المنقول.

ثانيًا: العوامل الجينية الولادية :

وتحدث في فترة الحمل . أي بعد عملية الإخصاب وبداية انقسام الخلايا الجينية في رحم الأم . ومنها إصابة الأم بالحصبة الألمانية أو تسمم البلازما أو تعرض الأم للإشعاع أو تعاطي المهدئات أو الأدوية التي تعمل على التدخل في كفاءة الجهاز العصبي المركزي وخصوصًا في الأشهر الثلاثة الأولى ويظهر أثر ذلك في حالات استسقاء الدماغ وصغر حجم الجمجمة

ثالثا: العوامل البيئية :

ويقصد بالعوامل البيئية أو المتغيرات التي لأدخل للجينات الوراثية فيها وترجع إلى عملية الولادة أو التعرض للإصابات و الرضوض والعدوى والأمراض الفيروسية وغيرها . ومنها الولادة المتعسرة أو المبتسرة ونقص الأكسجين أثناء الولادة للطفل أو الضغط على رأس الطفل والتأثير على خلايا الدماغ.

(آمال عبد السميع أباظه ،2009، 21).

ويوضح(عبد العظيم شحاتة مرسى ، 1990 ،27) إلى أنه قد أبرزت الدراسات والبحوث المختلفة على وجود وجهات نظر متعددة بين العلماء، وخاصة

عند تحديدهم للعوامل المسببة لحالات الإعاقة العقلية ، فذكر يانت *Yant* أن هناك أكثر من مائة عامل ذكرت فيما كُتب عن العوامل المؤدية للإعاقة العقلية ، إلاَّ أن كثيرًا منها نادر الحدوث ، وقد أرجع العلماء معظم حالات الإعاقة العقلية إلى أسباب وراثية (داخلية المنشأ) أو بيئية (خارجية المنشأ)، وقد تحدث الأسباب قبل وأثناء أو بعد الولادة ، هذا بالإضافة إلى وجود بعض العوامل النفسية المساعدة على حدوث الإعاقة العقلية ، ويشير (عبد المطلب أمين القريطي ،2005، 99) إلى الأسباب المؤدية إلى الإعاقة العقلية . إذ يمكن أن تكون تحت سبع فئات وهي:-

1-أسباب تتعلق بنواة البلازما.

2-أسباب مرتبطة بمرحلة تخصيب البويضة .

3-أسباب ترتبط بزراعة الجنين .

4-أسباب ترتبط بمرحلة تكوين الجنين الأولى.

5-أسباب ترتبط بمرحلة تكوين الجنين اللاحقة .

6-أسباب تتعلق بالولادة غير السليمة .

7-أسباب تتعلق بمرحلة الطفولة المبكرة والمتأخرة .

ويشير *Colleen & Edward (1995)* لأسباب الإعاقة العقلية النفسية والاجتماعية بأن الكثير من الأطفال المعاقين عقليًا يأتي من بيئات غير متكاملة اقتصاديا وهؤلاء الأطفال الذين ينشئون في مثل هذه البيئات يفتقدون الخبرات الملائمة للنمو العقلي المعرفي ، ونقص الدافعية والاضطراب النفسي في الطفولة المبكرة ، والعزلة الاجتماعية ،وضعف الاتصال بالآخرين والحرمان الثقافي (*Colleen&Edward 1995,307*).

خصائص الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم :

من الصعب أن نصل إلى خصائص مميزة تتصف بالدقة لذوي الإعاقة العقلية وذلك لوجود الكثير من الفروق الفردية بينهم من حيث مدى الإعاقة أم من حيث مصدر الإصابة بالإعاقة وذلك لارتباط السمات العقلية أو الانفعالية أو الاجتماعية بهما . ومن ثم فقد قسم علماء النفس والتربية صفات المعاقين عقليًا على أساس مدى الإعاقة إلى قابلين للتعلم وقابلين للتدريب واعتماديين فقط . وسيقتصر مُعد البحث على وصف خصائص عينة الدراسة وهم المعاقين عقليا القابلين للتعلم بإيجاز فيما يلي:

أ ـ الخصائص الجسمية :

تؤكد (علا عبد الباقي ،1993) أنه على الرغم من تشابه هذه الفئة في الخصائص الجسمية مع الأطفال العاديين إلا إن هذه المظاهر النمائية تكون متأخرة عند المتخلفين عقليًا، حيث يتأخر الطفل في الجلوس والحبو والوقوف والمشي، كما يتأخر في المهارات الحركية كالقدرة على الجري والقفز التي تكون أقل من العادي ، ويحتاج الطفل إلى تدريبات لتنمية التوازن الحركي والقدرة الحركية بصفة عامة .

ويشير هاوكنز *Hawkins* (1994) إلى أن الأطفال المتخلفين عقليًا قد تكون أوزانهم وأطوالهم أقل من المتوسط ، ولديهم تأخر في مجالات نمو المهارات الحركية مثل شكل الجسم والتحكم في حركاته إذا ما قورنوا بالأطفال العاديين (*Hawkins*,1994,15).

ويؤكد(كمال إبراهيم مرسي ،1996، 277) إن كثيرًا من الباحثين أشاروا إلى وجود كثير من الاضطرابات السمعية والبصرية لدى المتخلفين عقليًا أكثر مما

يوجد لدى العاديين ، فقد قدرت نسبة القصور السمعي ما بين 13 -14 ٪ لدى المتخلفين عقليًا، وبالنسبة للقصور البصري فقد وجد أن نسبة الإصابات البصرية تصل إلى 40٪ ومنها قصر البصر وطول البصر وحالات الحول وعمى الألوان .

ب- الخصائص العقلية المعرفية :

تشير(آمال عبد السميع أباظة ،2009، 24) أنه من محددات وتعريف الطفل المعاق انخفاض نسبة ذكائه فلا يزيد عن (70) وكذلك تتراجع مستوى العمليات العقلية لديه عما لدى الطفل العادي من حيث التذكر والتخيل والتفكير والفهم والإدراك . فتضعف القدرة على تركيز الانتباه والتذكر ولا يستطيع التفكير المجرد بل يقف عند التفكير الحسي فقط . وتقل دافعية الإنجاز والأداء لديهم بدرجة ملحوظة عما هو لدى الأطفال العاديين .

ج- الخصائص الانفعالية :

يتميز الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم بمجموعة من الخصائص الانفعالية وأهمها:

1- **عدم الثبات الانفعالي** : عادة ما يُظهر الأطفال المعاقين عقليًا انفعالات غير ثابتة ومضطربة ومتغيرة من وقت لآخر ، فهم يميلون إلى التبلد الانفعالي و الامبالاة . (عبد المطلب أمين القريطي ،2005، 223)

2- **اضطراب مفهوم الذات** : فمفهوم الذات لدى هؤلاء الأطفال سيء لأنهم يتعرضون لخبرات الفشل والإحباط في البيت والمدرسة أكثر من العاديين، (كمال إبراهيم مرسي ،2000، 289)

3-**الانسحاب** : يلاحظ على الطفل المتخلف عقليًا ميله إلى مشاركة الأطفال الأصغر منه سنًا في أنشطتهم وألعابهم ، ويغلب عليه العزلة والانسحاب من الجماعة (علا عبد الباقي إبراهيم ،2000، 90)

4-**السلوك العدواني** : تبرز أشكال السلوك العدواني لدى الأطفال المتخلفين عقليًا في عدم الطاعة ، والهجوم البدني ، والعدوان اللفظي ، وتدمير الممتلكات ، وإعاقة الآخرين ،(سهي أحمد أمين ،1999، 61-64)

د-الخصائص الاجتماعية :

لا يستطيع الطفل المعاق عقليًا إقامة علاقة اجتماعية مع الآخرين ويميل إلى التعبير عدوانيًا .ويشارك الأصغر سنًا في اللعب أو يميل إلى الانعزال والانطواء . وسريع الغضب وسريع الاستثارة، والتغير من حالة وجدانية لأخرى بسهولة لتقبله الأفكار بدون وعى كافي.(آمال عبد السلام أباظه ،2009، 23).

3- البرنامج التدريبي السلوكي:

يعرف البرنامج في قاموس التربية بأنه"تنظيم الأنشطة والخبرات التعليمية وأنماط التعليم حول موضوع أو مشكلة تُطرح أو تُناقش بين مجموعة من التلاميذ تحت قيادة المعلم (*Good*, 1973, 329).

ويعرف حامد عبد السلام زهران (2003) البرنامج بأنه :برنامج مخطط منظم في ضوء أُسس علمية ،يقوم بتخطيطه وتنفيذه لجنة وفريق من المسئولين المؤهلين لتقديم الخدمات الإرشادية المباشرة وغير المباشرة فرديًا وجماعيًا لجميع من تضمهم المؤسسة أو المدرسة بهدف مساعدتهم في تحقيق النمو السوي ،والقوي بالاختيار الواعي والمتعقل ، ولتحقيق التوافق داخل المدرسة أو المؤسسة أو خارجها.

ونعرف البرنامج التدريبي السلوكي من الناحية الإجرائية:

بأنه مجموعة من الأنشطة، والألعاب، والممارسات العلمية والزيارات، والرحلات الخارجية التي يقوم بها الطفل من خلال أسلوب تدريبي معين يهدف إلى تحسين سلوكه، وتفاعله الاجتماعي، ويخفف من مخاوفه المرضية.

أهمية البرنامج:

تكمن أهمية البرنامج في كونه يهتم بذوي الاحتياجات الخاصة من فئة المعاقين عقليًا القابلين للتعلم، وذلك لتنمية توافقهم الشخصي، والاجتماعي والمهني، ومساعدتهم في التغلب على الاضطرابات الانفعالية المتمثلة في مخاوفهم المرضية، وأيضًا للتخفيف من سلوكيات الخوف وتحسين مستوى الإحساس بالثقة بالنفس لديهم.

هدف البرنامج:

يهدف البرنامج المستخدم في الدراسة الحالية إلى تخفيف حدة المخاوف المرضية لدى الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم، وذلك من خلال تصحيح الأفكار والمفاهيم الخاطئة المرتبطة بأفكارهم، ويتم ذلك من خلال مجموعة من التدريبات السلوكية التي تتناسب مع قدراتهم، والتي تعتمد على العديد من الفنيات العلاجية المألوفة في بيئاتهم وحياتهم اليومية والتي بنيت على التشخيص السليم والتقييم الدقيق لقدراتهم كاستخدام إستراتيجيات اللعب من خلال لعب الأدوار الاجتماعية المألوفة، والأنشطة اليومية البارزة، والتركيز على الجانب النفسي أيضا من خلال القيام بالرحلات، والزيارات الترفيهية، واستخدام أنواع التعزيز المختلفة، وتقديم المثيرات المرتبطة بالخبرات السارة وذلك من أجل تصحيح معتقداتهم.

أسس اختيار محتوى البرنامج:

يتضمن محتوى البرنامج التدريبي السلوكي الح الي مجموعة من الأنشطة تتمثل في صورة تدريبات سلوكية ، وقد تم تنظيم هذا البرنامج في صورة وحدات أساسية يُكون كل منها إطار لمجموعة من المهارات ، والخبرات التربوية منظمة وفق تسلسل معين بحيث تسمح للطفل بتعديل سلوكه وتهيئته لمواجهة مخاوفه المرضية ، وقد تم تحديد محتوى البرنامج الح الي على أساس مجموعة من الاعتبارات النظرية **في بعض المحاور التالية**:-

1. الاستفادة من الإطار النظري والدراسات السابقة .
2. حضور معد البحث للدورات التدريبية في مجال الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم .
3. الإطلاع على البحوث والكتب والبرامج الخاصة بتدريب الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم.

ونعرض بإيجاز لإسهامات المدرسة السلوكية في تعديل السلوك لدى المعاقين عقليًا القابلين للتعلم:

= **إسهامات المدرسة السلوكية في تعديل السلوك لدى المعاقين عقليًا القابلين للتعلم.**

وجدت حديثا أساليب و إجراءات تربوية تدعمها الأسس العلمية التي أحدثت تطورات ملموسة في ميدان التربية الخاصة على صعيد تربية الأطفال المعاقين ، ومن بينهم الأطفال ذوى الإعاقة العقلية ، وتعرف بأساليب تعديل السلوك، **ويشير "جمال الخطيب" إلى أنه** قد تبين في البحوث العلمية أن هؤلاء

الأطفال قادرون على التعلم إذا ما تضمنت عملية تعليمهم توظيف الأساليب الفعالة (سهي أحمد أمين،1999).

وأصحاب النظرية السلوكية لا يؤيدون فكرة تصنيف حالات الإعاقة العقلية ولا يركزون على الأسباب التي أدت إليها ، فإنهم ينظرون إلى حالات الإعاقة العقلية على إنها حالات تمثل ذلك السلوك المحدود أو الأداء الضعيف بسبب الخطأ في التعلم السابق للشخص أو النقص في التعلم (محمد محروس الشناوي،1997). بمعنى أن الفرق في الأداء بين الطفل العادي والطفل المعاق عقليًا يرجع إلى ذلك النقص في كل من التعلم والخبرة ،وقد فسرت هذه النظرية ذلك النقص بصعوبة لبط ء الطفل المعاق عقليًا بين الأحداث البيئية (المثيرات) والاستجابات المناسبة في المواقف المناسبة ، ولذا فحسب هذه النظرية يلعب التعزيز دورًا مهما في تعديل سلوك الأطفال المعاقين عقليًا ، وبالت الي زيادة فرص التعلم والخبرة لديهم (فاروق الروسان،2000).

ويعد تعديل السلوك من الأمور شديدة الأهمية في مجال التربية الخاصة على وجه العموم إذ أن الجهود التي يتم بذلها مع الأطفال من تلك الفئات التي تعرف بذوي الاحتياجات الخاصة تعتمد في أساسها على تعديل سلوكهم وذلك من خلال إكسابهم مهارات معينة مرغوبة تساعدهم على أن يأتوا بالسلوكيات المناسبة في المواقف المختلفة ، أو الحد من سلوكيات غير مناسبة تصدر عنهم في مختلف المواقف ، ويعرف تعديل السلوك *Behavior modification* بأنه أي إجراء يمكن اللجوء إليه في سبيل الحد من مشكلات السلوك عامة.

(عادل عبد الله محمد،2003، 9)

ويشير(حامد عبد السلام زهران،2005، 237) إلى أن العلاج السلوكي يعتبر أُسلوبا حديثا نسبيًا في مجال العلاج النفسي **ومن ناحية أخرى يمكن القول بأن** العلاج السلوكي قديم قدم محاولات تعديل وتغيير وضبط السلوك تطبيقا عمليًا لقواعد ومبادئ وقوانين التعلم في ميدان العلاج النفسي ، ولقد سار تقدم وتطور العلاج السلوكي كمجموعة من القواعد العملية سيرًا بطيئًا بالنسبة لتاريخ التوصل إلى هذه القواعد والمبادئ والقوانين في التعلم ، وبصفة خاصة التعلم الشرطي ، وربما يرجع ذلك إلى عوامل منها الفصل بين النظرية والتطبيق، والإحجام عن استخدام العيادة كنماذج مرتضاة للعلاج النفسي، ويأخذ العلاج السلوكي أشكالاً كثيرة فيوجد الاقتران الذي يعتمد أساسًا على مبادئ الاشتراط الكلاسيكي ، ويشار إليه عادة كعلاج سلوكي . أما طريقة الاشتراط الإجرائي ، فتسمى عادة بتعديل السلوك أما العلاج السلوكي الذي يعتمد على تغيير نماذج التفكير وكذلك السلوكيات الواضحة ، فيسمى بالعلاج السلوكي المعرفي.

(حسين فايد،2005، 285).

وتعديل سلوك الأطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم يعتمد على تصميم برامج وأنشطة تعليمية متنوعة، ومتسمة بالابتكار والفاعلية ، كما يجب إلاَّ تدرس المهارات الأساسية الضرورية منفردة بل يجب تصميم البرنامج التدريبي بحيث يتضمن الأنشطة والمهارات التي تخدم أكثر من هدف تعليمي ، والتي تعتبر مطلبًا سابقًا لتقديم مهارات أُخرى أكثر تقدمًا . كما أن المناهج الدراسية للمتخلفين عقليًا يجب أن تركز على تنمية المهارات الضرورية اللازمة للاندماج في المجتمع ، فقدرة الفرد على التفاعل باستقلالية في المجتمع ترتبط بكفاءته

الشخصية ، والاجتماعية أكثر من ارتباطها بمهاراته الأكاديمية ، وتتضمن البرمجة الشاملة للمعوقين سلسلة متكاملة من الخدمات في مجالات الصحة والرعاية النفسية ، كما يجب أن تركز مناهج المتخلفين عقليًا على مجالات العناية بالذات ومهارات التفاعل الاجتماعي (مواهب عياد، ونعمة رقبان،1995، 33-36).

وضرورة الاهتمام بتعليم المعاقين عقليًا القابلين للتعلم وتدريبهم على المهارات غير الأكاديمية ، تكون مخرجًا لهم من جو الفشل الذي يحيط بهم في مجال التعليم الأكاديمي ، وهكذا تتضح حاجة الأطفال المعاقين بصفة عامة ، والأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم بصفة خاصة ، إلى مهارات السلوك التوافقي والاستقلالي ، ومدى إمكانية استفادتهم من البرامج التربوية ، والأكاديمية بهدف تحقيق قدر من الاستقلال الذاتي ، والتوافق الشخصي والاجتماعي (فاروق صادق،1982).

ونظرًا لما تلعبه العوامل البيئية الاجتماعية من دور في حدوث هذا الاضطراب – إلى جانب تسليمنا بأثر العوامل البيولوجية – فإن استخدام التدخل السلوكي في سبيل تعليم مثل هؤلاء الأطفال مهارات معينة ، خلال تعديل بيئاتهم وتوفير الفرص المناسبة لذلك قد يسهم إلى حد كبير في إكسابهم العديد من السلوكيات المقبولة ، والحد من سلوكياتهم غير الملائمة مما قد يساعد بدرجة كبيرة في تسهيل عملية دمجهم مع أقرانهم العاديين ، ومن ثم اندماجهم في المجتمع (عادل عبد الله محمد،2003، 117).

إستراتيجيات تعديل السلوك:

وتعديل السلوك يشير إلى شكل من أشكال العلاج النفسي ، يهدف إلى تحويل السلوك غير المرغوب فيه إلى سلوك مرغوب فيه وفق قواعد معينة، ويكون موضوع الاهتمام الرئيسي في تعديل السلوك هو السلوك الظاهر الملاحظ (خولة أحمد يحيى، 2000، 164 -165). وتنطوي عملية تعديل السلوك على تركيبة تضم بعض التوجهات النفسية التربوية،وبعض فنيات تعديل السلوك الحديثة وإستراتيجيات تعديل السلوك ، وبذلك توجد علاقة بين تدريب المهارات الاجتماعية ، وبرامج أخرى مثل التربية الوجدانية ، والتربية الأخلاقية ، فمناهج المهارات الاجتماعية تميل إلى التأكيد على تعليم الطفل السلوك الذي يمكن أن يتقبله الآخرون ويعززونه (جوزيف ف وروبرت هـ،1999، 128-129).

وتشير "خولة أحمد يحي" أن من بين الإستراتيجيات التي تسير وفقها عملية تعديل السلوك ما يلي:

- تحديد السلوك الحالي المرغوب فيه أو غير المرغوب فيه.
- تحديد السلوك النهائي المرغوب فيه.
- تحديد أساليب جمع البيانات والمعلومات عن السلوك الحالي والسلوك النهائي.
- تحديد أسلوب أو أساليب تعديل السلوك .
- تقويم اكتساب الطفل للسلوك (خولة أحمد يحيى،2000).

=إسهامات المدرسة السلوكية في علاج الخوف المرضي:

تقوم الأهداف على المجال السلوكي ، التي ترى التعلم باعتباره الأساس للشخصية السوية ، وكذلك لمعظم اضطرابات السلوك ، وحقا فطبقًا لهذا المنظور

فإن السلوك والتفكير المضطربين هما مثلان للأفكار والتصرفات سيئة التكيف التي قد تعلمها العميل . (حسين فايد، 2005، 284)، والمدرسة السلوكية – والاتجاه السلوكي يعتبرون الخوف المرضي عبارة عن استجابة متعلمة – مكتسبة – تم تعليمها عن طريق عملية الإشراط *Conditioning*.

(فيصل محمد خير الزراد،2005، 47).

ويستخدم اختصاصيو علاج الحساسية في هذه الأيام كثيرًا من أفكار واطسون التي استخدمها لأول مرة مارى كفرجونز. وكانت تطبيق إجراءاتها على مواقف حياتية فعلية. ففي أثناء معالجتها للأطفال المصابين بالخواف (الفوبيا) كانت تقوم بتقريب مسببات الخوف من الأطفال بصورة تدريجية أثناء تناولهم الطعام . ومن نموذج الإشراط المضاد لهذا يمكن لنا أن نتبين أن العلاقة الأصلية بين المثير والاستجابة يتم إطفاؤها وإحلال علاقة جديدة تحدث خوفا أقل محلها وعلى حد الافتراض الكامن القائم على تعدد الإشارات ربما كانت الإشارات التي يوحى بها الطعام أكثر أهمية للأطفال الجائعين ولذلك كانت تكف عمل الإشارات المثيرة للخوف (مصطفي ناصف، وعطية محمود هنا،1983، 112).

ويتوقف السلوك الذي يُقلد على العواقب الملحوظة للنموذج. فمثلاً إذا لاحظ طفل زميلاً له في الدراسة أكبر سنًا وأكثر احترامًا ، ينخرط في أعمال عدوانية ويعاقب عليها بشدة ، فأن الفرصة تكون قليلة لتقليد هذا النموذج ، وكذلك وجد باندورا أن الاتجاهات والتوقعات وحتى الاستجابات الانفعالية يمكن تعلمها دون حاجة إلى أن يخبر الملاحظ أي عواقب مباشرة ، وهكذا يسهل فهم كيف تنشأ لدى

الطفل مخاوف مرضية إذا كان أبوه يعانى منها من غير حاجة حتى إلى خبرة العواقب ذاتها (لويس مليكه،1990، 22).

وقد أعجب واطسون بأبحاث بافلوف لأنها تعطى أُسلوبا موضوعيًا لتقويم السلوك دون الاعتماد على التحليل الاستنباط ي أو العقلي. وقد أجرى واطسون وريئر تجربة على طفل يبلغ عمره أحد عشر شهرًا و أطلقا عليه اسم ألبرت الصغير(*Little AIbert*) تعد من أشهر التجارب في علم النفس قاطبة. وتتلخص التجربة في أنهما أعطيا الطفل في بادئ الأمر سلسلة من الأشياء: فأرًا أبيض وأرنبًا وكلبًا ومعطفًا من الفرو وكرة من القطن وبعض الأقنعة . وكان رد فعل ألبرت على هذه الأشياء يتمثل في محاولاته الوصول إليها ، واللعب بها ، وإظهار الاهتمام بها ثم قام الباحثان بعد ذلك بمفاجأة ألبرت بصوت ع الي بطرق قضيب فولازى خلفه ، وعندما بدأ ألبرت في الصراخ . وبعد ذلك قاما بأجراء اقتران بين الفأر الأبيض وصوت طرق الفولاز. إذ عندما بدأ ألبرت يحاول الوصول إلى الفأر كانا يسمعانه صوت الفولاز العالي. وتكرر هذا الإجراء مرتين ، وبعد ذلك بأسبوع أعادا تقديم الفأر الأبيض للطفل . وقد ظهر أنه تم إشراط الطفل إلى الحد الذي جعله يستجيب استجابة سلبية قوية للفأر. إذ بدأ يصرخ ويدير ظهره للفأر ويزحف بعيدًا عنه بأقصى سرعة ممكنة ، وبعد ذلك بأسبوع كان خوف الطفل من الفأر الأبيض قد عمم على الأرنب الوديع الذي يعرفه ، وكذلك الأشياء ذات الفرو الأبيض مثل الكلب ومعطف الفرو إذ أخذت هذه الأشياء تخيفه كذلك . بل أن الطفل أخذ يخاف كذلك من كرة القطن وقناع "بابا نويل" الأبيض مع أنه لم يكن يبدى أي خوف من هذه الأشياء قبل عملية الإشراط . ويستخدم علماء التعلم في

الوقت الحاضر تجربة واطسون هذه لتوضيح كيف أن الإشراط العصابي الذي يطلق عليه الخواف المرضي "الفوبيا" يمكن اكتسابه وتعلمه . ويعتقد أيضاً أن المواقف التي يظهر الناس فيها الخواف بدرجات أقل هي مواقف يتعلمونها بطرق متشابهة (مصطفي ناصف، وعطية محمود هنا ،1983، 102-103).

فعلاج الخوف مرتبط بتعديل السلوك ويكون ذلك من خلال التدريب على برامج تدريبية .أما العلاج النفسي فهو تربية علاجية فيها يسعى المعالج لمساعدة المريض على أن يكتشف في تاريخ حياته المواقف التي أدت إلى مخاوفه أو أشياء ترمز لما يبعث على الخوف فإذا ما كتشف الفرد سبب مخاوفه يجب تشجيعه على ممارسة حياته بشكل طبيعي (محمد جاسم ولى،2006، 3).

وذلك لأن إيحاء السلوك أقوى من إيحاء الألفاظ ف إذا أردت لأطفالك لا يخافوا الدواء مثلًا فلا معنى لأن تظهر علامات التألم و أنت تأخذ الدواء أو في الوقت الذي تعط ي فيه الطفل الدواء ثم تطلب منه التجلد إزاءه فعليك أنت أولاً لا تخاف هذه الأشياء وإن كنت تخافها فلترضي نفسك على تحملها، وإذا استحال عليك ذلك فأستر خوفك عن أطفالك ، ومن الوسائل السهلة التطبيق التشجيع الجمعي فتعطى مثلاً طفلاً شجاعًا دواء تحت تأثير التشجيع أيضًا ، وبالتكرار تجد أن هذه الأشياء تنفر بسرعة وسهولة، وعلينا أن نتذكر في مثل هذه المواقف ما يحسه الأطفال من نشوة عند القلب من الخوف.

(عدنان الشريف،1987، 134-135).

الفنيات العلاجية المستخدمة :

قامت الدراسة الحالية بتناول العديد من الفنيات والأساليب المعرفية التدريبية السلوكية والتي تهدف إلي تعديل الجانب المعرفي والجانب السلوكي للطفل وذلك للتخفيف من حدة المخاوف المرضية لدى الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم . **ومن هذه الفنيات ما يلي :-**

1- النمذجة المعرفية :

يعرف عبد الستار إبراهيم (1993) النمذجة المعرفية "على أنها عبارة عن تعلم سلوك معين من خلال ملاحظة شخص يؤدى هذا السلوك".

ويعرفها مجدي محمد الدسوقي (1994) بأنها التعلم الناتج عن ملاحظة استجابات نموذج بشرى لمجموعة من الخصائص حيث يعطى للأعضاء الفرصة لملاحظة تلك الاستجابات ، ثم يطلب منهم أداء نفس الاستجابات التي قام بها النموذج على موقف أو مشكلة، ويستدل على آثار التعلم بالنموذج من خلال التغيير الحادث في الاستجابات قبل عملية الملاحظة وبعدها .

ويرى "باندورا" *Bandura* (1977) أن هناك مصادر مختلفة لاكتساب السلوك، ومن أهم هذه المصادر التعلم بالملاحظة، أي أن السلوك يمكن أن يكتسب من ملاحظة الفرد لسلوك الآخرين، وهذا ما يعرف بالتعلم بالنمذجة . فمن خلال التعلم بالملاحظة يمكن تفسير العديد من أشكال التعلم المهمة مثل تعلم اللغة والقواعد الثقافية، والاتجاهات ، وكثير من الاضطرابات الانفعالية .

(*Bandura,1977,191-215*).

ويضيف كل من محمد محروس الشناوي، ومحمد السيد عبد الرحمن (1998) أن مداخل النمذجة بصفة عامة لها مميزات في تدعيم فعالية الذات، ومن

ثم إزالة المخاوف المترتبة على الخلل الوظيفي، فبالإضافة إلي إزالة التعرض للإثارة التنفيرية، فإن تلك المداخل تعلم المفحوصين مهارات فعالة للمواجهة عن طريق توضيح طرق ماهرة وبارعة في التعامل مع مواقف التهديد .

ويضيف جابر عبد الحميد(1990): إن ملاحظة الآخرين وهم ينجحون يؤدى إلي رفع الفعالية، وملاحظة شخص آخر بنفس الكفاءة وهو يخفق في عمله يؤدى إلي خفض فعالية الذات ، وأن آثار النمذجة بصفة عامة ليست في قوة الأداء من حيث تأثيرها في رفع مستويات الفعالية وقد يكون لها آثار قوية في إنقاص الفعالية.

وترى آمال عبد السميع أباظة (2002): انه لكي تتم النمذجة بصورة ناجحة **لابد من وجود أربع عمليات أساسية:**

1 -عملية الانتباه.

2 -عملية الاحتفاظ.

3 -عملية الإدراك الحركي

4 -الدافعية.

ويشير لويس كامل مليكه (1990): إن النمذجة تتضمن تغيير سلوك العميل نتيجة ملاحظته سلوك شخص آخر وهو النموذج المعروض عليه .

2ـ أسلوب لعب الدور:

هو تكنيك مرن يمكن أن يستخدم في أي من المواقف التي يواجه فيها الفرد أو الجماعة بعض الصعوبات أو الصراعات والمخاوف، أو تلك المواقف التي يحتاجون فيها إلي التدريب على أدوار وسلوكيات ومهارات جديدة . (*Beson, Darlath, F.,1998,208*).

وتُعرف إجلال محمد سرى (1990) لعب الدور بأنه أسلوب يتم من خلاله علاج أو تناول المشكلات التي تحدث في حياة الأفراد. ولتقليل مشاعر العزلة لدى الأفراد من خلال تمثيل المواقف التي تعبر عن بعض المشكلات الناتجة عنها *(Dwiveedi,Kedar Nath,1995,175)*.

ويعتبر حامد عبد السلام زهران (1994): أن لعب الدور أحد التكنيكات القائمة على نشاط الأعضاء ويهدف هذا التكنيك إلي إتاحة الفرصة للتنفيس الانفعالي وتحقيق التوافق والتفاعل السليم، ويهتم لعب الدور بتمثيل مشكلات يعانى منها معظم أعضاء الجماعة. ويقسم عبد الستار إبراهيم (1994):

خطوات إجراء أسلوب لعب الدور كما يلي :

- عرض السلوك المطلوب تعليمه أو التدريب عليه من خلال النموذج أو المعالج.
- تشجيع الطفل على أداء الدور مع المعالج أو طفل آخر.
- تصحيح الأداء وتدعيم الجانب الإيجابي منه
- إعادة الأداء حتى يتم إتقان الطفل له.
- الممارسة الفعلية في مواقف حية جديدة.

ويستخدم المعالجون السلوكيون فنية تمثيل الدور قبل حدوثه مع الشخص بغرض زيادة قدرته على مواجهه الإحباط والعجز في المواقف الاجتماعية الحاسمة .

(عبد الستار إبراهيم ،1998، 216- 217).

3ـ التعزيز :

هو التدعيم لأي فعل يؤدى إلي زيادة حدوث استجابة معينة أو تكرارها وذلك مثل كلمات المديح والتشجيع والإثابة المادية أو المعنوية، ويشير التدعيم إلي أي فعل أو حادثة يرتبط تقديمها للفرد بزيادة شيوع السلوك المرغوب.

(عبد الستار إبراهيم، ورضوى إبراهيم ،2003، 574).

ويشير التدعيم الموجب إلي أي فعل أو قول يرتبط تقديمه للفرد للزيادة في السلوك المرغوب لديه، وحث المشاركين ، ودفعهم لإتقان السلوك المرغوب.

(آمال إبراهيم الفقي،2001، 150).

4ـ إعادة البناء المعرفي :

ويعرفه محمد محروس الشناوي (1994) بأنه تصحيح نمط التفكير لدى العضو بحيث تصبح صورة الواقع في نظره ويصحح تفكيره فيصبح منطقيا ويركز على حل المشكلات .ويشير أسامة سعد أبو سريع (1993): إلي أن الهدف من لعب الدور هو تعديل الأفكار التي تعوق الأداء الاجتماعي الجيد، حيث أشار جونز *Jones* وزملاؤه إلي ظهور التدخلات التي يمكن بها تعديل الأفكار والمعتقدات وإستراتيجيات حل المشكلات وقد أطلق البعض على تكنيك أو فنية إعادة البنية المعرفية العلاج الموجه بالاستبصار.

ويرى محمد عبد الظاهر الطيب (1996): إن مهمة المعالج هي أن يعمل مع الأفراد الذين يعانون من الاضطرابات من خلال توضيح أن الصعوبات التي يعانون منها تنجم إلي حد كبير من إدراكهم المشوه وتفكيرهم الغير منطقي، وإن هناك طريقة لإعادة وتنظيم تفكيرهم وهذه الطريقة تتم باستخدام إعادة البناء المعرفي .

وتعرض آمال عبد السميع أباظة (2002) لخطوات إعادة البناء المعرفي كما يلي :

- التعرف على المواقف السلبية والمعتقدات الخاطئة .
- تحديد الأفكار والمعتقدات المشوهة معرفيًا .
- التدعيم الإيجابي للحفاظ على استمرارية ممارسة السلوك الصحيح.
- المتابعة بما يعرف باستمارة الواجب المنزلي. ويرى لويس كامل مليكه (1990):

إن خطوات إعادة البناء المعرفي هي :

1 - التعرف على ما يحمله الفرد من اعتقادات خاطئة ومعارف سالبة وأفكار خاطئة مرتبطة بالمشكلة.

2 - محاولة نقد هذه الأفكار الخاطئة المرتبطة بالمشكلة .

3 - تقديم الأفكار الصحيحة وممارستها خلال المواقف الجماعية الملائمة.

4 - التدعيم الإيجابي للمريض بهدف الاستمرار في ممارسة السلوك الصحيح.

5ـ فنية حل المشكلة :

تعُرف ماجدة السيد عبيد (2000) فنية حل المشكلة بأنها قدرة الطفل على حل الصراعات أو المشكلات عبر مواقف الحياة الطبيعية من خلال الاستجابات السلوكية الظاهرة متمثلة في العمليات المعرفية والانفعالية.

ويرى لويس كامل مليكه (1990) إن الطفل يكتسب العديد من المهارات عن طريق حل المشكلة، يستطيع بعدها التفكير المنطقي الصحيح ويعد هذا

الأسلوب أفضل م تنبأ عن سلوك الطفل داخل المدرسة، وقد قام العديد من الباحثين بتصميم برامج لتعليم هذه المهارات لآباء وأمهات الأطفال من خلال الألعاب والتمارين التي تهدف لتنمية مكونين حاسمين من هذه المهارات. والتفكير من خلال الحلول البديلة ، والتفكير من خلال العواقب، ويعد أسلوب حل المشكلات من أهم الأساليب المستخدمة لتعديل البناء المعرفي .

وترى سهير كامل احمد (1998) إن الإجراءات التي تراعى عند استخدام فنية حل المشكلة هي :

1 - محاولة التقليل من حدة الأمور المترتبة على المشكلة .

2 - استعادة قدرات وإمكانات الأعضاء بالتشجيع والتعبير عن النجاح في تحقيق الإنجازات .

3 - ضرورة التأكد من انتهاء الآثار المترتبة على حدوث المشكلة وتقييم مدى الاستفادة هل اكتساب معلومة أم خبرة أم مهارة تساعد في مواجهة إلي مشكلات مستقبلية .

4 - تشجيع الأعضاء على التعبير عن مشاكلهم ويمكن استخدام الأسئلة ودراسة الحالات لكل عضو.

6ـ الواجب المنزلي:

يرى عادل عبد الله محمد (2000) إن الواجب المنزلي أحد الأساليب الهامة التي تميز العلاج المعرفي السلوكي عن غيره ويهدف إلي مشاركة الطفل في خطة علاجه وعند استخدام الواجب المنزلي يجب أن نضع في الاعتبار مجموعة من النقاط :-

1 -إن ترتبط الواجبات بالهدف الذي يريد تحقيقه المعالج فيعمل على تقوية وتعميق اقتناع المريض بالأفكار العقلانية وإضعاف إقناعه بالأفكار اللاعقلانية .

2 -إن يتم مناقشة الواجب بين المعالج والطفل.

ويضيف عبد الستار إبراهيم (1993) انه لابد أن ترتبط الواجبات بموضوع الجلسة وأهدافها و أن تشمل ممارسات معرفية مثل ممارسة بعض المهارات المعرفية مثل الإصغاء الإيجابي واستخدام عبارات ذات محتوى انفعالي ملائم.

ويرى أبو بكر مرسي محمد مرسي (2002) أنه لكي يتم استفادة المريض من الواجبات المنزلية لابد من توجيهه وتشجيعه على تنفيذ هذه الواجبات والتي تتمثل في مجموعة من السلوكيات والمهارات التي يتعين أداؤها من قبل المريض سواء في المنزل أو المدرسة ويتم تحديدها في كل جلسة وتقييمها في الجلسة التالية مع مراعاة أن تتناسب هذه الواجبات المنزلية مع هدف العلاج.

ويشير أحمد متولي عمر (1993) إلي أن استخدام الواجبات المنزلية يسهل انتقال أثر التدريب إلي الممارسات اليومية ، ففي نهاية كل جلسة يعطى كل فرد واجبًا منزليًا محددًا يقم فيه بممارسة المهارات التي تعلمها ، ويجب أن تُعطى تعليمات الواجبات المنزلية محددة ودقيقة وواضحة.

7ـ المحاضرة والمناقشة :

تعمل هذه الفنية على مساعدة العميل كي يواجه أفكاره ومعتقداته اللاعقلانية بأسلوب منطقي يعمل على تنفيذها متبعا طرقًا جدلية وتعليمية يتعامل من خلالها مع تلك الأفكار والاعتقادات اللاعقلانية في مختلف السياقات

التي يمكن أن تظهر فيها ، كما يتعلم أيضًا من خلال تلك الفنية أن يقوم بتعزيز تلك الأفكار العقلانية التي تحل محل الأفكار اللاعقلانية . إلي أن يتم من خلال هذه الفنية مواجهة حقيقة أفكار واعتقادات العميل التي تتسم باللاعقلانية واللامنطقية والعمل على إعادة بناء اعتقادات جديدة تتسم بالعقلانية والمنطقية تحل محلها (عادل عبد الله محمد ،2000، 95).

8ـ الاسترخاء:

يعرف الاسترخاء بأنه توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر، ويستخدم في كثير من الأحيان للتغيير من الاعتقادات الفكرية الخاطئة التي قد تكون أحيانا من الأسباب الرئيسية في إثارة الاضطرابات الانفعالية ، وبالتالي يمكن للشخص أن يدرك المواقف المهددة بصورة عقلية منطقية، كما أن نجاح الشخص في تعلم الاسترخاء العضلي يؤدى إلي تغيرات شاملة في الشخصية و إلي مزيد من الكفاءة والنضج في مواجهة مشكلات الحياة وأزماتها الاجتماعية والنفسية (عبد الستار إبراهيم،1998 ، 154- 197).

الفصل الثالث

مقدمة

سوف نقوم في هذا الجزء بعرض لأهم الدراسات التي تناولت البرامج التدريبية السلوكية لتعديل سلوكيات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة من فئة المعاقين عقليًا القابلين للتعلم ، والذين يعانون من المخاوف المرضية، والذين هم في حاجة دائمة للدعم من خلال برامج علاجية تدريبية سلوكية، وذلك لتخفيف الاضطرابات النفسية، والسلوكية لديهم، والتي تتمثل في سوء توافقهم مع الآخرين في المجتمع.

قمنا بتصنيف الدراسات السابقة إلى عدة محاور بناءًا على متغيرات الدراسة الحالية ، مع التعليق عليها بغرض الاستفادة منها ، وصياغة فروض الدراسة .

المحور الأول:

دراسات تناولت برامج سلوكية عامة في التقليل من سوء التوافق الذي يتضمن المخاوف لدى الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم .

انطلاقا من الخاصية التراكمية للعلم ، يتضح أن أي بحث علمي يتم إجراؤه يعتمد أساسا على تجارب الآخرين والاستفادة من خبراتهم التي تتمثل في دراساتهم وبحوثهم السابقة ، وفي هذا الإطار نعرض مجموعة من الدراسات **ومنها:**

دراسة فيوليت فؤاد إبراهيم (1992): بعنوان: فاعلية برنامج لتعديل سلوك الأطفال المتخلفين عقليًا المصابين ب أعراض داون من فئة القابلين للتعلم. وهدفت الدراسة إلى الكشف عن مدي فاعلية برنامج لتعديل سلوك الأطفال

المتخلفين عقليًا المصابين بأعراض داون من فئة القابلين للتعلم" ، وتكونت العينة من (24) طفلا وتتراوح نسب ذكائهم بين (50-70) وقسموا إلى مجموعتين (تجريبية وضابطة)، واستخدمت الدراسة الأدوات التالية (اختبار ستانفورد بينية لقياس الذكاء – قائمة الصحة العالمية المقننة – مقياس السلوك التوافقي إعداد/ صفوت فرج وناهد رمزي، 1958م – برنامج تعديل السلوك) وقد استخدم البرنامج فنيات المنحي السلوكي و النمذجة لتعديل بعض أشكال السلوك التوافقي والاستقلالي ، **وأسفرت نتائج الدراسة عن** : ((لا توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات المجموعة الضابطة قبل تطبيق البرنامج وذلك على مقياس السلوك التوافقي المستخدم - وأنه توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج لصالح أطفال المجموعة التجريبية وذلك على مقياس السلوك التوافقي المستخدم - وأنه توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة ومتوسطات المجموعة التجريبية بعد المتابعة وذلك لصالح أطفال المجموعة التجريبية، وأنه لا توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة ونفسها قبل التطبيق وبعده وذلك على مقياس السلوك التوافقي المستخدم - وأنه توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية قبل التطبيق ومتوسطات درجاتهم بعد التطبيق وذلك على مقياس السلوك التوافقي المستخدم - وأنه لا توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية قبل المتابعة ومتوسطات درجاتهم بعد المتابعة وذلك على مقياس السلوك التوافقي المستخدم - وأنه لا توجد

فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة قبل المتابعة ومتوسطات درجات نفس المجموعة بعد المتابعة وذلك على مقياس السلوك التوافقي المستخدم)).

دراسة أموال عبد الكريم (١٩٩٤): بعنوان: فاعلية برنامج تدريبي لتعديل السلوك في اكتساب بعض المهارات الاجتماعية للأطفال المعاقين عقليًا، وهدفت الدراسة إلى تقييم فاعلية برنامج تدريبي لتعديل السلوك في اكتساب عض المهارات الاجتماعية للأطفال المعاقين عقليًا وذلك من خلال التركيز على ثلاث مهارات هي مهارة التعبير عن الامتنان بقول شكرًا، ومهارة التعبير عن الاعتذار بقول آسف، ومهارة التعبير عن الاستئذان بقول من فضلك، وتكونت عينة الدراسة من (١٢) طفلاً تتراوح أعمارهم بين (٦ – ٩) سنوات من المعاقين عقليًا بمركز رعاية وتأهيل المعاقين في إمارة أبو ظبي مقسمين إلى مجموعتين تجريبية وضابطة واستخدمت اختبار رسم الرجل، ومقياس المتاهات، ومقياس السلوك التكيفي إلى جانب استمارة ملاحظة السلوك، والبرنامج التدريبي، وأكدت النتائج فاعلية البرنامج التدريبي المستخدم في إكساب أفراد العينة المهارات الاجتماعية موضوع التدريب، وحدوث انخفاض كبير في كم السلوكيات غير المرغوب فيها.

دراسة جومبل (*Gumpel,* 1994) : بعنوان: فاعلية نموذج سلوكي للتدريب على المهارات الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية لدي المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم. واستهدفت الدراسة تطوير نموذج سلوكي للتدريب على المهارات الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية لأفراد متخلفين عقليًا قابلين للتعلم وذلك من خلال برنامج تدريبي سلوكي لتنمية المهارات الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية لدى

المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم، وتكونت عينة الدراسة من (34) من الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة العقلية تتراوح أعمارهم بين (6-18) سنة، واستخدمت الدراسة برنامج تدريبي سلوكي لتنمية المهارات الاجتماعية باستخدام فنيات النمذجة والتدعيم باستخدام الحلوى إلى جانب التدعيم الاجتماعي ، وأسفرت النتائج عن أن التدريبات السلوكية مع المتخلفين عقليًا أظهرت نتائج إيجابية في البداية واستمرارية التفاعل مع الأقران، وأن المجموعة التي استخدمت فنيتي النمذجة والتدعيم قد تحسنت بصورة أفضل في السلوك التوافقي الوظيفي من تلك التدريب على حل المشكلات للأفراد المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم.

دراسة سهير شاش (2001): بعنوان: فعالية برنامج لتنمية بعض المهارات الاجتماعية بنظامي الدمج والعزل وأثره في خفض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم. وهدفت الدراسة إلى تنمية بعض المهارات وأثرها في خفض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم ومن بعض هذه المهارات مهارة التواصل، العلاقات الاجتماعية ، مهارات احترام المعايير الاجتماعية وذلك في نظام دمج للأطفال المتخلفين مع الأطفال الأسوياء في المدارس العادية، وتكونت عينة الدراسة الكلية من (80 طفلاً) ومنهم (50 طفلاً) متخلف عقليًا، و(30) طفلاً من العاديين كعينة استطلاعية ، وقد استخدمت النمذجة في تصميم البرنامج، واستغرق تطبيق البرنامج مدة شهرين وقد أثبتت النتائج فعالية البرنامج المعد في تنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم في مجموعة الدمج وانتكاس ه في مجموعة العزل التي لم تتعرض للبرنامج، وذلك في المهارات الاجتماعية التي تم التدريب

عليها، **وقد يرجع ذلك إلى أن** مجموعة الدمج مع الأطفال العاديين قد استفادوا من فعاليات أنشطة البرنامج واستطاعوا توظيف وتعميم المهارات الاجتماعية التي تم التدريب عليها واكتسابها في حياتهم اليومية.

دراسة العربي محمد زايد (2003): بعنوان: فاعلية التدريب على استخدام جداول النشاط المصورة في تنمية بعض المهارات الاجتماعية وأثرها في خفض السلوك الانسحابي لدى الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم. وهدفت الدراسة إلى تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم باستخدام جداول النشاط المصور وأثرها في خفض السلوك الانسحابي، فقد سعى الباحث إلى إعداد برنامج يوفر الحد الأدنى من إعدادهم للحياة وذلك من خلال تدريب الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم على أنشطة واقعية وعملية ذلك لتحقيق نوعًا من الاستقلالية والتفاعل الاجتماعي ، وقد شمل البرنامج جداول النشاط المصورة، **هذا وقد ضم برنامج التدريب على المهارات الاجتماعية عدة أبعاد هي**: التعاون والمشاركة، التفاعل الاجتماعي – مهارة تكوين الأصدقاء – إتباع القواعد والتعليمات – التعبير الانفعالي – مهارة حل المشكلات والمهارات الاجتماعية المدرسية، وتألفت عينة الدراسة من (10) أطفال معاقين عقليًا (5) مجموعة تجريبية (5) مجموعة ضابطة ممن تتراوح أعمارهم (9-12) عام وقد استغرق التدريب ستة أشهر، **وأسفرت نتائج الدراسة**: عن أهمية الجداول المصورة في إحداث تنمية المهارات الاجتماعية والمتماثلة في أبعاد البرنامج الذي حددته الدراسة والذي من شأنه أن يحقق قدرًا معقو لاً من التوافق مع الآخرين في البيئة

المحيطة وبالتالي قل السلوك الانسحاب ي لهؤلاء الأطفال واستمرار التحسن بعد فترة المتابعة التي استمرت شهرين.

دراسة أحمد علي عبد الله الحميضي (2004): بعنوان: فعالية برنامج سلوكي لتنمية بعض المهارات الاجتماعية لدي عينة من الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم، وهدفت الدراسة إلى تنمية بعض المهارات الاجتماعية لعينة من الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم الذين يعانون من نقص المهارات الاجتماعية داخل حجرة الدراسة وذلك من خلال التدريب على البرنامج السلوكي لتنمية بعض المهارات الاجتماعية لعينة الدراسة، وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين تجريبية وضابطة ومتجانستين من حيث العمر والجنس ودرجات الذكاء ودرجات المهارات الاجتماعية وتتكون كل مجموعة من (8) أطفال، **وقد أسفرت نتائج الدراسة عن:** ((وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات رتب درجات المهارات الاجتماعية لدي عينة من الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم "المجموعة التجريبية" قبل وبعد البرنامج السلوكي لصالح القياس البعدي - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات رتب درجات المهارات الاجتماعية لدي عينة من الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم "المجموعة الضابطة" على مقياس تقدير المهارات الاجتماعية داخل حجرة الدراسة بين القياسين القبلي والبعدي - وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب أفراد المجموعة الضابطة من الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم على مقياس تقدير المهارات الاجتماعية

داخل حجرة الدراسة بعد تطبيق البرنامج السلوكي لصالح أفراد المجموعة التجريبية)).

دراسة مبادة محمد علي أحمد (2006): بعنوان: فاعلية برنامج تدريبي لتنمية المهارات الاجتماعية ومهارات التواصل اللفظي وأثر ذلك في تعديل سلوك الأطفال المعاقين عقليًا والمصابين بأعراض "داون". وهدفت الدراسة إلى تنمية المهارات الاجتماعية ومهارات التواصل اللفظي، وأثر ذلك في تعديل سلوك الأطفال المعاقين عقليًا والمصابين بأعراض "داون" وذلك من خلال برنامج تدريبي، وتكونت عينة الدراسة من (32) طفلاً وطفلة من المعاقين عقليًا والمصابين ب أعراض "داون" وتراوحت أعمارهم ما بين (6-12) عامًا، ونسب ذكائهم ما بين (50-70) درجة وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين تجريبية وضابطة وروعي التجانس بينهما في كل من السن، والذكاء، والمستوي الاجتماعي الاقتصادي ، والجنس، واستخدمت الباحثة مقياس المهارات الاجتماعية للأطفال المعاقين عقليًا والمصابين بأعراض "داون" القابلين للتعلم، ومقياس مهارات التواصل اللفظي للأطفال المعاقين عقليًا والمصابين بأعراض "داون" القابلين للتعلم، وبرنامج تدريبي لتنمية المهارات الاجتماعية ومهارات التواصل اللفظي للأطفال المعاقين عقليًا والمصابين بأعراض "داون" القابلين للتعلم. إلى جانب مقياس الذكاء، ومقياس لتقدير المستوي الاجتماعي الاقتصادي للأسرة المصرية، واستمارة جمع البيانات الأولية، وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائيًا لصالح المجموعة التجريبية نتيجة تعرضها للبرنامج الإرشادي على متغيرات الدراسة مهارات اجتماعية ومهارات التواصل

اللفظي، كما أنه لا توجد فروق دالة إحصائيًا بين الذكور والإناث في متغيرات الدراسة.

دراسة ريمين جوتن: (2007) ,*Remin gton* بعنوان: فعالية التدخل المبكر القائم على المهارات الاجتماعية وأثره على السلوك لدى الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم. وهدفت الدراسة إلي الكشف عن فعالية التدخل المبكر القائم على المهارات الاجتماعية (الاستقلال – التعامل بالنقود) لتعديل السلوك لدى الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم، وطبقت الدراسة على مجموعة تجريبية قوامها (23) طفلاً من أطفال ما قبل المدرسة من المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم وتم التدريب على بعض المهارات الاجتماعية (الاستقلال – التعامل بالنقود) وذلك على مدى عام دراسي، وقد أشارت نتائج الدراسة أن هناك فروقًا دالة إحصائية في المهارات اللغوية ومهارات الحياة اليومية والسلوك الاجتماعي الإيجابي لصالح المجموعة التجريبية.

دراسة سيفرز (2008) ,*Seevers* : بعنوان: فعالية برنامج سلوكي قائم على المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم. وهدفت إلى الكشف عن فعالية برنامج سلوكي قائم على المهارات الاجتماعية والتي تضمنت التفاعل مع الآ خرين : التعامل مع الأطفال الآخرين والتعامل مع أفراد العائلة والتعامل مع الأصدقاء والتعامل مع الكبار لدى الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم، وطبقت الدراسة على (8) أطفال من المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم ولديهم قصور واضح في المهارات الاجتماعية وتم تدريب عينة الدراسة على بعض المهارات الاجتماعية وذلك من خلال برنامج تدريبي، وقد

أسفرت نتائج الدراسة عن فعالية البرنامج في تنمية المهارات الاجتماعية والتي تضمنت التفاعل مع الآخرين: التعامل مع الأطفال الآخرين والتعامل مع أفراد العائلة والتعامل مع الأصدقاء والتعامل مع الكبار وتعديل السلوك لدى الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم.

تعليق عام على دراسات المحور الأول:

اتفقت معظم الدراسات السابقة في المحور الأول على دور البرامج السلوكية العامة في تعديل السلوك لدى الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم من خلال تخفيف الاضطرابات السلوكية والنفسية لتحسين السلوك التكيفي والتفاعل الاجتماعي والتوافق الاجتماعي والتواصل والاندماج مع الآخرين، ومن هذه الدراسات دراسة فيوليت فؤاد إبراهيم (1992): بعنوان: فاعلية برنامج لتعديل سلوك الأطفال المتخلفين عقليًا المصابين بأعراض داون من فئة القابلين للتعلم وأسفرت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات درجات المجموعة الضابطة لصالح المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج على مقياس السلوك التوافقي المستخدم بعد تطبيق البرنامج وأيضا وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطات درجات المجموعتين بعد المتابعة لصالح المجموعة التجريبية، ودراسة أموال عبد الكريم (١٩٩٤): بعنوان: فاعلية برنامج تدريبي لتعديل السلوك في اكتساب بعض المهارات الاجتماعية للأطفال المعاقين عقليًا وذلك من خلال التركيز على ثلاث مهارات هي مهارة التعبير عن الامتنان بقول شكرًا، ومهارة التعبير عن الاعتذار بقول آسف، ومهارة التعبير عن الاستئذان بقول من فضلك،وأكدت النتائج على فاعلية البرنامج في إكساب أفراد

العينة المهارات الاجتماعية موضوع التدريب،وحدوث انخفاض كبير في كم السلوكيات غير المرغوب فيها ، ودراسة جومبل (*Gumpel,* 1994): بعنوان: فاعلية نموذج سلوكي للتدريب على المهارات الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية لدى المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم وذلك من خلال برنامج تدريبي سلوكي لتنمية المهارات الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية ،**وأسفرت النتائج على** أن التدريبات السلوكية أظهرت نتائج إيجابية ،واستمرار في التفاعل مع الأقران ، ودراسة أحمد علي عبد الله الحميضي (2004): بعنوان: فعالية برنامج سلوكي لتنمية بعض المهارات الاجتماعية لعينة من الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم الذين يعانون من نقص المهارات الاجتماعية داخل حجرة الدراسة وذلك من خلال التدريب على البرنامج السلوكي لتنمية بعض المهارات الاجتماعية لعينة الدراسة،وأسفرت الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج السلوكي لصالح أفراد المجموعة التجريبية، ودراسة سيفرز (*Seevers,*(2008): بعنوان: فعالية برنامج سلوكي قائم على المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم ، وأسفرت نتائج الدراسة عن فعالية البرنامج في تنمية المهارات الاجتماعية والتفاعل مع الآخرين،

وقد أشارت بعض الدراسات إلى آثر التدريب السلوكي للأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم ومشاركتهم لأقرانهم العاديين في اللعب على تحسين السلوك التكيفي والتفاعل الاجتماعي والتوافق الاجتماعي والتواصل والاندماج معهم، ومن هذه الدراسات دراسة سهير شاش (2001): بعنوان: فعالية برنامج لتنمية بعض

المهارات الاجتماعية بنظامي الدمج والعزل وأثره في خفض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم، وأسفرت النتائج عن فعالية البرنامج في تنمية المهارات الاجتماعية في مجموعة الدمج وانتكاسه في مجموعة العزل التي لم تتعرض للبرنامج وقدمت دراسة ميادة محمد علي أكبر (2006): بعنوان: فاعلية برنامج تدريبي لتنمية المهارات الاجتماعية ومهارات التواصل اللفظي وتحديد أثر ذلك في تعديل سلوك الأطفال المعاقين عقليًا والمصابين بأعراض "داون"، وأسفرت الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح المجموعة التجريبية ودراسة ريمين جوتن *Remin gton,* (2007): بعنوان: فعالية التدخل المبكر القائم على المهارات الاجتماعية وأثره على السلوك لدى الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم، وأسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح المجموعة التجريبية.

كما درب العربي محمد زايد (2003): الأطفال المتخلفين عقليا القابلين للتعلم على استخدام جداول النشاط المصورة في تنمية بعض المهارات الاجتماعية وأثرها في خفض السلوك الانسحابي، وأسفرت النتائج عن أهمية الجداول المصورة في إحداث تنمية المهارات الاجتماعية.

المحور الثاني :

دراسات تناولت تخفيف حدة الخوف المرضي لدى الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم.

دراسة السيد كامل الشربيني منصور (2000): بعنوان: فاعلية برنامج إرشادي لخفض مستوى بعض المخاوف المرضية الشائعة لدى الأطفال المتخلفين

عقليًا القابلين للتعلم ، واستخدمت الدراسة برنامج إرشادي للعلاج ومقياس المخاوف المرضية ، ومقياس القلق ، وتكونت عينة الدراسة من (16) طفلاً وطفلة من الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم ، الذين لديهم مخاوف مرضية شائعة مقسمة إلى مجموعتين (تجريبية وضابطة)، وتوصلت نتائج الدراسة إلى انتشار المخاوف المرضية لدى الأطفال المتخلفين عقليًا مع وجود فروق بين الجنسين في هذه المخاوف ، وكان أبرزها المخاوف المرضية من الظلام – لا توجد فروق بين الجنسين في القياس البعد ي والتتبعي مع وجود فروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة لصالح المجموعة التجريبية في المخاوف المرضية من الظلام.

دراسة ديف وأندرو (*Dave , Andrew (2006*) : بعنوان : التدخل المعرفي السلوكي للأشخاص ذوى الإعاقة الفكرية لتخفيف حدة اضطرابات القلق و الفوبيا الاجتماعية .واستهدفت الدراسة إعادة هيكلة المعرفة وتعديل السلوك لتخفيف حدة اضطرابات القلق و الفوبيا الاجتماعية للأشخاص ذوي الإعاقة الفكرية، وتكونت عينة الدراسة من (24) فردًا من الأشخاص ذوي الإعاقة العقلية ، وتوصلت الدراسة إلى تطوير نماذج متميزة من العلاج المعرفي السلوكي للأشخاص ذوى الإعاقة الذهنية مع مجموعة واسعة من اضطرابات القلق والفوبيا الاجتماعية ، حيث أن العلاج المعرفي السلوكي للأشخاص ذوى الإعاقة الذهنية لا يميز بين مظاهر مختلفة من القلق والفوبيا الاجتماعية ، إلا أن هذا البرنامج كان له إفادة في علاج الأشخاص ذوى الإعاقة الذهنية.

دراسة ديفيس، طومسون وآخرون *:Davis,Thompson, et al.,* (2007) بعنوان: فعالية برنامج معرفي سلوكي لعلاج اضطرابات القلق والخوف

لدى عينة من الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم ، واستهدفت الدراسة الكشف عن مدى فعالية برنامج معرفي سلوكي في تعديل السلوك بإعادة الهيكلة المعرفية وخفض اضطرابات القلق والخوف لدى الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم ، وتكونت عينة الدراسة من (7) أطفال من الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم، **وأسفرت نتائج الدراسة عن** فعالية العلاج المعرفي السلوكي في الاضطرابات السلوكية ، وأعراض الخوف من الماء في وقت الحمام ، وخفض الألفاظ السلبية خلال التدريب على البرنامج المعرفي السلوكي لدى الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم ،وتشير النتائج إلى أن العلاج المعرفي السلوكي يمكن أن تكون له فعالية لعلاج المخاوف لدى الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم .

دراسة الفانو كاندكاوآخرون *(Alfano, Candica,et al.,(2009)*:

بعنوان : فاعلية العلاج السلوكي لتخفيف حدة الرهاب الاجتماعي لدى الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم . واستهدفت الدراسة مدى فاعلية العلاج السلوكي لتخفيف حدة الرهاب الاجتماعي لدى الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم وذلك من خلال تطبيق الوسطاء والمشرفين للعلاج السلوكي على عينة الدراسة وتكونت عينة الدراسة من (88) طفلاً من الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم ، وأسفرت نتائج الدراسة عن فعالية العلاج للأطفال المتخلفين عقليً ا القابلين للتعلم للرهاب الاجتماعي والقلق الاجتماعي، واستمرارية الأداء العام بعد العلاج للأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم مما يدل على فعالية الإرشاد في تعديل السلوك وتحسن الأنماط النفسية.

دراسة أحمد عمر أحمد المدخلي (1996): بعنوان: فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض رهاب التحدث أمام الآخرين. واستهدفت الدراسة تصميم برنامج علاجي جمعي خاص بإعادة البنية المعرفية للفرد، يستند على مبادئ أليس في العلاج العقلاني الانفعالي، وتكونت عينة الدراسة من عشرين طالبًا من طلاب المرحلة الثانوية الذين يعانون من إرهاب التحدث أمام الآخرين، وكان متوسط أعمارهم (18) سنة بانحراف معياري (2.5) سنة، وكان متوسط درجاتهم على مقياس الخوف من التحدث أمام الآخرين (22.15٪) وبانحراف معياري (3.41)، **وتوصلت الدراسة إلى** ((توجد فروق دالة عند مستوى(0.01) بين متوسط رتب أفراد المجموعة التجريبية (6.35) ومتوسط رتب أفراد المجموعة الضابطة (14.65) بعد تطبيق البرنامج العلاجي مباشرة وهذا يعني أن برنامج العلاج العقلاني الانفعالي الجماعي له فعالية في خفض إرهاب التحدث أمام الآخرين لدى أفراد المجموعة التجريبية في حين لم ينخفض إرهاب التحدث أمام الآخرين لدى أفراد المجموعة الضابطة. - هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) بين متوسط رتب المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي)).

دراسة آمال إبراهيم الفقي (2001): بعنوان: فعالية السيكودراما في تخفيف المخاوف الاجتماعية لدي الأطفال. واستهدفت الدراسة الكشف عن مدي فعالية برنامج قائم على السيكودراما في تخفيف المخاوف الاجتماعية لدى الأطفال، وتكونت العينة من (24) تلميذ وتلميذة مما يعانون من مخاوف اجتماعية مرتفعة، و تتراوح متوسط أعمار عينة الدراسة ما بين (9-12) عاما وتم

تقسيمها إلى أربع مجموعات على النحو التالي (مجموعة تجريبية ذكور وعددها "6" تلاميذ - مجموعة تجريبية إناث وعددها " 6" تلاميذ - مجموعة ضابطة ذكور وعددها " 6" تلاميذ - مجموعة ضابطة إناث وعددها " 6" تلاميذ). وتوصلت الدراسة إلى فعالية برنامج قائم على السيكودراما في تخفيف المخاوف الاجتماعية لدي الأطفال.

دراسة عبد الله محمد عبد الظاهر خليل (2004): بعنوان: مدى فاعلية العلاج العقلاني والانفعالي والتدريب التوكيدي في خفض الفوبيا الاجتماعية لدى الطلاب المعلمين بجامعة أسيوط. وهدفت الدراسة إلى التعرف على فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي والتدريب التوكيدي في خفض الفوبيا الاجتماعية لدى عينة من الطلاب المعلمين بكلية التربية، وتكونت عينة الدراسة من (467) طالب وطالبة بكلية التربية بالفرقة الثالثة جميع الشعب (192 طالبًا ، 275 طالبة) وقد اشتملت العينة الإكلينيكية على 36 طالبًا وطالبة وتم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبيتين وأخرى ضابطة، واستخدمت الدراسة أدوات هي مقياس الفوبيا الاجتماعية ، ومقياس الأفكار اللاعقلانية لذوى الفوبيا الاجتماعية ، ومقياس المهارات التوكيدية (طريف شوقي فرج، 1998)، وبرنامجًا للعلاج العقلاني الانفعالي والتدريب على المهارات التوكيدية ، **وأسفرت الدراسة عن مجموعة من النتائج أبرزها**: وجود علاقة ارتباطيه موجبة دالة إحصائيًا بين الفوبيا الاجتماعية والأفكار اللاعقلانية، كما أظهرت ارتباطا سالبًا بين الفوبيا الاجتماعية والمهارات التوكيدية كما أظهر الإناث فوبيا اجتماعية أعلى من الذكور، وأثبتت الدراسة فعالية كل من برنامج العلاج العقلاني الانفعالي والتدريب التوكيد ي في خفض

الفوبيا الاجتماعية لدى عينة الدراسة ولم تظهر الدراسة وجود فروق دالة إحصائيًا بين المجموعتين التجريبيتين ، كما أظهرت نتائج المتابعة وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي درجات أفراد مجموعة العلاج العقلاني على مقياس الفوبيا الاجتماعية بعد العلاج ودرجاتهم بعد مرور شهر على العلاج كما أظهرت أيضًا نتائج المتابعة وجود فروق بين متوسطي درجات أفراد مجموعة التدريب على المهارات الاجتماعية بعد العلاج مباشرة ، ودرجاتهم بعد مرور شهر على العلاج في مقياس الفوبيا الاجتماعية.

دراسة باير سوزان وغارلاند (*&Baer, Susan Garland (2005)*) :

بعنوان: فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي لتخفيف الخوف المرضي للمراهقين. واستهدفت الدراسة تقييم فعالية برنامج مجموعة العلاج المعرفي السلوكي لتخفيف الخوف المرضي للمراهقين، سواء من حيث الوقت وكثافة العمالة من برنامج درس سابقا (الخدمة الاجتماعية فعالية العلاج للأطفال والمراهقين) لتكون أكثر ملائمة لمجتمع العيادات الخارجية للطب النفسي واستخدمت الدراسة عينة عشوائيا (12) مراهقًا لديهم خوف مرضي والأعمار (13-18) سنة، وقسمت إلى مجموعة تجريبية (ن = 10) أشخاص ومجموعة ضابطة (ن =10) أشخاص، وأسفرت نتائج الدراسة عن فعالية برنامج مجموعة العلاج المعرفي السلوكي لتخفيف الخوف المرضي والاكتئاب والقلق الاجتماعي للمراهقين.

دراسة سانتا كروز وآخرون (2006) *et al., Santacruz,* : بعنوان: فعالية برنامج والدي لتحسين الخوف المرضي لدي الأطفال. واستهدفت الدراسة مقارنة

العلاج المطبق من قبل الآباء للأطفال ذوي الخوف من الظلام، وتكونت عينة الدراسة من (78) طفلاً وتتراوح أعمارهم ما بين (4-8) سنة من (27) مدرسة وقسمت على مجموعتين ضابطة وتجريبية طبق عليها العلاج باللعب والعرض المثير للمشاعر والعلاج في المنزل من قبل الآباء الذين سبق تدريبهم، واستمر التدريب لمدة خمسة أسابيع وقعت في ثلاث دورات لمدة 20 دقيقة أسبوعيا ، وأسفرت نتائج الدراسة إلى تحسن كبير في الخوف من الظلام لدي الأطفال.

دراسة بوتيلا، كريستينا وآخرون (2007)*Botella Cristina, et al.* :

بعنوان: فعالية برنامج معرفي سلوكي لمعالجة الخوف من التحدث أمام العامة باستخدام الإنترنت. واستهدفت الدراسة تقديم المساعدة الذاتية والمساندة النفسية إلى مرضي المخاوف من التحدث أمام الجمهور من خلال الإنترنت، وتكونت عينة الدراسة من (12) مريضًا لديهم فوبيا اجتماعية من التحدث أمام الجمهور وتوصلت الدراسة إلى فعالية التدريب على البرنامج المعرفي السلوكي ، وذلك لعلاج الخوف من التحدث أمام الجمهور.

دراسة أمير، نادر وآخرون (2009) *Amir, Nader, et al.,* :

بعنوان: تدريب انتباه الأشخاص الذين يعانون من الخوف المرضي.

وتهدف الدراسة إلى فعالية تدريب الأشخاص الذين يعانون من خواف متعممة وتكونت عينة الدراسة من (44) فردًا لديهم خوفي مرضي، واستغرق البرنامج فترة زمنية حوالي (4) شهور، **وأسفرت النتائج عن** وجود ارتباط بين الخوف المرضي والقلق الاجتماعي، كما أن التدريب على البرنامج له نتائج واضحة في تخفيف الخوف المرضي.

دراسة ربي رونالد وآخرون (2009) *Rapee, Ronald, et al.,* : بعنوان: فعالية تحسين الخوف المرضي المستمد من تحسين النموذج النظري . واستهدفت الدراسة فعالية علاج الخوف المرضي باستخدام برامج قائمة على المهارات وتكونت عينة الدراسة من (195) شخصًا لديهم خوف مرضي، واستخدم في هذه الدراسة فنيات ومن أهمها فنية التعزيز وإعادة التدريب، وأسفرت نتائج الدراسة عن فعالية أسلوب التعزيز في علاج الخوف المرضي والقلق أثناء الكلام، وأن التغييرات التي طرأت على عينة الدراسة كانت بو اسطة استخدام برامج قائمة على المهارات.

دراسة ابلينا امنو *(2005) Oumano, Elena* : بعنوان: فعالية برنامج معرفي سلوكي نموذجي لتخفيف القلق والخوف المستمد من تحسين النموذج النظري والتدريب على استراتيجيات فن الخطابة. واستهدفت الدراسة بحث مدى فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي نموذجي لتخفيف القلق والخوف في التحدث علنا في الأماكن العامة ، واستمر التدريب فترة زمنية حوالي ستة عشر أسبوعا ، وأسفرت الدراسة عن فعالية التدريب على برنامج للتكيف مع التجربة المعرفية السلوكية النموذجية للمرضى طول الوقت ، واستخدام الإستراتيجيات التدريبية مثل : "الواجبات ، والاشتراك في المجموعات ".

تعليق عام على دراسات المحور الثاني:

وضح من الدراسات والبحوث التي تم عرضها أن الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم في حاجة دائمة للدعم من خلال برامج علاجية وتدريبية لتخفيف الاضطرابات النفسية والسلوكية ، فقدمت مجموعة من هذه الدراسات

والبحوث برامج لتخفيف الاضطرابات النفسية والسلوكية لدى الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم ، وبصفة عامة أثبتت فعاليتها في تخفيف الاضطرابات النفسية والسلوكية ،كما أثبتت فعاليتها في تحسين الاندماج في المجتمع والتعامل مع الآخرين بمخاوف مرضية أقل في حدتها عن سابقيها لدى الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم ، ومن هذه الدراسات دراسة السيد كامل الشربيني منصور (2000): بعنوان: فاعلية برنامج إرشادي لخفض مستوى بعض المخاوف المرضية الشائعة لدى الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم، وتوصلت نتائج الدراسة إلى انتشار المخاوف المرضية لدى هؤلاء الأطفال مع وجود فروق بين الجنسين في هذه المخاوف، ودراسة ديف وأندرو (*Dave, Andrew (2009*: بعنوان: التدخل المعرفي السلوكي للأشخاص ذوى الإعاقة الفكرية لتخفيف حدة اضطراب القلق والفوبيا الاجتماعية قامت على التدخل المعرفي السلوكي للأشخاص ذوى الإعاقة الفكرية لتخفيف حدة إضطرابات القلق والفوبيا الاجتماعية ، وأسفرت النتائج عن فائدة البرنامج في علاج الأشخاص ذوى الإعاقة الذهنية ، ودراسة ديفيس،طومسون وآخرون (*Davis, Thompson, :et al.,(2007* بعنوان: فعالية برنامج معرفي سلوكي لعلاج اضطرابات القلق والخوف لدى عينة من الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم، وأسفرت النتائج إلى أن العلاج المعرفي السلوكي يمكن أن تكون له فعالية لعلاج المخاوف لدى الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم، ودراسة ألفانو كاندكا وآخرون (*Alfano,Candica, et al.,(2009*: بعنوان: فاعلية العلاج السلوكي لتخفيف حدة الرهاب الاجتماعي لدى الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم، وأسفرت نتائج الدراسة عن فعالية العلاج لهؤلاء الأطفال.

كما قدمت دراسة أحمد عمر أحمد المدخلي (1996) برنامج علاجي جمعي خاص بإعادة البنية المعرفية للفرد، يستند على مبادئ أليس في العلاج العقلاني الانفعالي في خفض إرهاب التحدث أمام الآخرين، ودراسة آمال إبراهيم الفقي (2001) استهدفت الكشف عن مدي فعالية برنامج قائم على السيكودراما في تخفيف المخاوف الاجتماعية لدي الأطفال، ودراسة عبد الله محمد عبد الظاهر خليل (2004) هدفت إلى الكشف عن فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي والتدريب التوكيدي في خفض الفوبيا الاجتماعية لدى عينة من الطلاب المعلمين وذلك من خلال البرنامج التدريبي، وأسفرت نتائج الدراسة عن فعالية كل من برنامج العلاج العقلاني الإنفعالي والتدريب التوكيد ي في خفض الفوبيا الاجتماعية لدى عينة الدراسة.

كما قدمت دراسة باير سوزان وغارلاند (2005) Garland &Baer, Susan: برنامج علاجي معرفي سلوكي لتخفيف الخوف المرضي للمراهقين وأسفرت نتائج الدراسة عن فعالية برنامج مجموعة العلاج المعرفي السلوكي لتخفيف الخوف المرضي والاكتئاب والقلق الاجتماعي للمراهقين. ودراسة بوتيلا كريستينا وآخرون (*2007) et al., Botella, Cristina* , استهدفت تقديم المساعدة الذاتية والمساعدة النفسية إلى مرضي المخاوف من التحدث أمام الجمهور من خلال برنامج معرفي سلوكي للمعالجة بالإنترنت، وتوصلت الدراسة إلى فعالية التدريب على البرنامج المعرفي السلوكي ، وذلك لعلاج الخوف من التحدث أمام الجمهور. ودراسة أمير، ندر وآخرون (*2009) et al.Amir, Nader* : واستهدفت الدراسة الكشف عن مدي فعالية تدريب الأشخاص الذين يعانون من الخوف

المرضي وذلك من خلال التدريب علي برنامج سلوكي، وأسفرت النتائج إلى أن التدريب على البرنامج له نتائج واضحة في تخفيف الخوف المرضي، ودراسة رونالد وآخرون (*Rapee, Ronald, et al., (2009*: التي استهدفت فعالية علاج الخوف المرضي باستخدام برامج قائمة على المهارات،وأسفرت نتائج الدراسة عن فعالية أسلوب التعزيز في علاج الخوف المرضي، والقلق أثناء الكلام.

تعقيب عام :

انطلاقا من الخاصية التراكمية للعلم يتضح أن أي بحث علمي يتم إجراؤه يعتمد على تجارب الآخرين والاستفادة من خبراتهم التي تتمثل في دراساتهم وبحوثهم السابقة ، وفي هذا الصدد نجد أن الدراسات والبحوث الأجنبية اهتمت بالمخاوف المرضية وتنمية السلوك التكيفي والمهارات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي والكفاءة الاجتماعية والتواصل والاندماج السوي في المجتمع لدى الأطفال المتخلفين عقليًا للانتقال بهم من واقعهم كمتخلفين عقليًا إلى قابلين للتعلم والتدريب ، ومن كونهم عالة على أسرهم إلى كونهم أطفالاً قادرين على الاعتماد على أنفسهم ليس ذلك فحسب بل يتخطى ذلك اعتماد أسرهم عليهم مما يؤدى إلى تنمية توافقهم النفسي والاجتماعي فهم يتعلموا الكثير من الخبرات بأنفسهم إلا أن الطفل المتخلف عقليًا في حاجة إلى جهد كبير. لأنه لا يتعلم إلاَّ إذا وجد من يعلمه كل صغيرة وكبيرة في حياته بما يتناسب مع قدراته العقلية فيحتاج إلى وقت طويل في التعليم والتدريب، وتبين الآتي:

1-أجمعت دراسات المحور الأول على قدرة البرامج التدريبية السلوكية في تعديل السلوك لدى الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم وذلك من خلال التدريب علي البرامج التدريبية السلوكية لتخفيف الاضطرابات

السلوكية والنفسية لتحسين السلوك التكيفي والتفاعل الاجتماعي والتوافق الاجتماعي والتواصل والاندماج مع الآخرين، كما أشارت بعض الدراسات إلى آثر التدريب السلوكي للأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم ومشاركتهم لأقرانهم العاديين في اللعب على تحسين السلوك التكيفي والتفاعل الاجتماعي والتوافق الاجتماعي والتواصل والاندماج معهم.

2-أجمعت دراسات المحور الثاني على أن الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم في حاجة دائمة للدعم من خلال برامج علاجية وتدريبية لتخفيف الاضطرابات النفسية والسلوكية، فقدمت مجموعة من هذه الدراسات والبحوث برامج لتخفيف المخاوف المرضية لدى الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم، وبصفة عامة أنها أثبتت فعاليتها في تخفيف الاضطرابات النفسية والسلوكية كما أثبتت فعاليتها في تحسين الاندماج في المجتمع والتعامل مع الآخرين بمخاوف مرضية أقل في حدتها عن سابقيها لدى الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم ، كما أجمعت أيضًا دراسات هذا المحور على أن المخاوف المرضية للفرد تنعكس بالسلب على توافقه الاجتماعي حيث يكون أكثر عرضة للاضطرابات النفسية والسلوكية، فقدمت مجموعة من هذه الدراسات والبحوث برامج لتخفيف المخاوف المرضية لدى الأطفال، كما يتضح من الدراسات السابقة لهذا المحور معرفة وفحص العلاقة بين المخاوف المرضية وبعض الاضطرابات النفسية والسلوكية لدى الأطفال والمراهقين.

3-هناك علاقة عكسية بين التدريب السلوكي على المخاوف المرضية والاضطرابات النفسية والسلوكية لدى الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم وكلما زادت فرص التدريب السلوكي كلما انخفضت حدة المخاوف المرضية والاضطرابات النفسية والسلوكية).

وتتمثل أوجه الاستفادة في الآتي:

1 - تحديد حجم عينة الدراسة والأساليب والفنيات التي تستخدم مع هؤلاء الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم وكذلك محتوى الجلسات التي يتم تدريب الأطفال من خلالها وكيفية إعداد برنامج تدريبي لهذه الفئة من المعاقين عقليًا القابلين للتعلم بما يناسب طبيعة المجتمع المصري وخصائص الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم به.

2 - تحديد أدوات الدراسة وإعداد مقياس المخاوف المرضية ومعرفة مخاوف الأطفال لدي الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم ومعرفة مدي تأثير البرنامج على عينة الدراسة.

المراجع

أولا:ـ المراجع العربية :ـ

1 - أبو بكر مرسي محمد (2002): أزمة الهوية في المراهقة والحاجة للإرشاد النفسي، القاهرة، النهضة المصرية.

2 - إجلال محمد سرى (1990): علم النفس العلاجي ، القاهرة، عالم الكتاب.

3 - أحمد أحمد متولي عمر (1993): مدى فاعلية التدريب على المهارات الاجتماعية والعلاج السلوكي المعرفي في تخفيف الفوبيا الاجتماعية لدى طلاب الجامعة . رسالة دكتوراه ، كلية التربية : جامعة طنطا.

4 - أحمد عمر أحمد المدخلي (1996) فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض رهاب التحدث أمام الآخرين ، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الملك سعود، الرياض.

5 - أحمد فهمى عكاشة (1988): الطب النفسي المعاصر .ط 4 ، القاهرة الأنجلو المصرية .

6 - أسامة سعد أبو سريع (1993) : الصداقة من منظور علم النفس ،المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب ،الكويت، عالم المعرفة ،العدد 179.

7 - أسماء السرسي ،وأماني عبد المقصود (2002): التفاعل الاجتماعي عن طريق اللعب لدى الأطفال المكفوفين والمبصرين في مرحلة ما قبل المدرسة "بين التشخيص والتحسين "، مجلة كلية التربية "التربية وعلم النفس ، العدد السادس والعشرون ،الجزء الثاني.

8 - أسماء عبد الله العطية (2007): تنمية بعض مهارات السلوك التكيفي لدى الأطفال من ذوى الإعاقات العقلية ،الإسكندرية ،مؤسسة حورس الدولية .

9 - أشرف محمد عبد الغنى شريت (2000): مخاوف الأطفال المعاقين عقليًا.المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع،الإسكندرية ،توزيع الإبراهيمية .

10 -أشرف محمد عبد الغني شريت (2009): الطفل المعاق عقليًا"سلوكه. مخاوفه " الإسكندرية ،مؤسسة حورس الدولية .

11 -أشرف محمد عبد الغني شريت ورحاب محمود محمد صديق(2007)"برنامج التفاعل الاجتماعي للأطفال المعاقين عقليًا مفرطي النشاط ،الإسكندرية ،مؤسسة حورس الدولية .

12 -أُلفت حقي (1995): الاضطراب النفسي،الجزء الأول"التشخيص والعلاج والوقاية"،الإسكندرية،مركز الإسكندرية للكتاب.

13 -آمال إبراهيم الفقي (2001): فعالية السيكودراما في تخفيف المخاوف الاجتماعية لدى الأطفال.رسالة دكتوراه غير منشورة ،كلية التربية،جامعة الزقازيق،فرع بنها.

14 -آمال عبد السميع أباظ ة (2002): سيكولوجية غير العاديين "ذوى الاحتياجات الخاصة" القاهرة ،الأنجلو المصرية .

15 -آمال عبد السميع أباظة (2003)(1):الأطفال والمراهقون المعرضون للخطر. القاهرة ،الأنجلو المصرية .

16 -آمال عبد السميع أباظ ة (2005)(1): مقياس المخاوف الشامل .القاهرة الأنجلو المصرية

17 -آمال عبد السميع أباظ ة (2009) سيكولوجية غير العاديين "ذوى الاحتياجات الخاصة " القاهرة ،الأنجلو المصرية .

18 -أموال عبد الكريم (1994): فاعلية برنامج تدريبي لتعديل السلوك في اكتساب بعض المهارات الاجتماعية للأطفال المعاقين عقليًا رسالة ماجستير غير منشورة،كلية التربية: جامعة عين شمس.

19 -انتصار يونس (1984):السلوك الإنساني ،الإسكندرية ،دار المعارف .

20 -إيمان فؤاد الكاشف (2001): الإعاقة العقلية بين الإهمال والتوجيه القاهرة،دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

21 -ب ب وولمان (1995):مخاوف الأطفال .تقديم: عبد العزيز القوصي ،ترجمة محمد عبد الظاهر الطيب،القاهرة ،دار المعارف .

22 -جابر عبد الحميد جابر (1990) : نظريات الشخصية (البناء،الديناميات، النمو، طرق البحث، التقويم) . القاهرة ،النهضة المصرية.

23 -حامد عبد السلام زهران (1975): علم نفس النمو"الطفولة والمراهقة". القاهرة، عالم الكتاب .

24 -حامد عبد السلام زهران (1978): الصحة النفسية والعلاج النفسي .ط 2، . القاهرة، عالم الكتاب .

25 -حامد عبد السلام زهران (1994):الصحة النفسية والعلاج النفسي القاهرة، عالم الكتاب .

26 -حامد عبد السلام زهران (1997) : الصحة النفسية والعلاج النفسي ط3،القاهرة، عالم الكتاب.

27 -حامد عبد السلام زهران (1998): علم نفس النمو ومشكلات الطفولة والمراهقة، الطبعة الخامسة .القاهرة :عالم الكتاب .

28 -حامد عبد السلام زهران (2003): الصحة النفسية والعلاج النفسي ط2،القاهرة، عالم الكتاب.

29 -حامد عبد السلام زهران (2005): الصحة النفسية والعلاج النفسي ط4،القاهرة: عالم الكتاب.

30 -حسام إسماعيل هيبة (1997): سيكولوجية غير العاديين ،الإعاقة العقلية الحسية ،القاهرة ،كلية التربية . جامعة عين شمس .

31 -حسن مصطفي عبد المعطى (1998): موسوعة علم النفس العيادى (1) "علم النفس الإكلينيكي".القاهرة ، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

32 -حسن مصطفي عبد المعطى (2003): موسوعة علم النفس العيادى (4) الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة " الأسباب . التشخيص . العلاج " القاهرة ،دار القاهرة .

33 -حسين على فايد (2005): علم النفس الإكلينيكي . الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع.

34 -خليل ميخائيل معوض (1994): سيكولوجية النمو (الطفولة والمراهقة). ط3 ، الإسكندرية ،دار الفكر الجامعي .

35 -خوله أحمد يحيى (2000): الاضطرابات السلوكية.عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

36 -دوجلاس توم (1969): مشكلات الأطفال اليومية ،ط 5،القاهرة،دار المعارف.

37 -زكريا احمد الشربيني (1994): المشكلات النفسية عند الأطفال .القاهرة دار الفكر العربى .

38 -زينب محمود شقير (2005): مقياس المخاوف ،القاهرة الأنجلو المصرية .

39 -سعدية محمد على بهادر (1994): المرجع في برامج تربية أطفال ما قبل المدرسة ،ط1 المؤسسة السعودية بمصر ،مطبعة المدني .

40 -سمير السيد شحاتة (2006): فاعلية برنامج لتنمية فعالية الذات للتخفيف من حدة الفوبيا الاجتماعية لدى عينة من المراهقين والمراهقات المكفوفين .رسالة ماجستير غير منشورة،كلية التربية ،كفر الشيخ جامعة طنطا.

41 -سهير كامل أحمد (1998): سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة ،مركز الإسكندرية للكتاب .

42 -سهير محمد سلامة شاش (2001): فعالية برنامج لتنمية بعض المهارات الاجتماعية بنظامي الدمج والعزل وأثره في خفض الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المتخلفين عقليًا .رسالة دكتوراه غير منشورة ،كلية التربية،جامعة الزقازيق.

43 -السيد كامل الشربيني منصور(2000): فاعلية برنامج إرشادي لخفض مستوى بعض المخاوف المرضية الشائعة لدى الأطفال المتخلفين عقليًا القابلين للتعلم. رسالة دكتوراه غير منشورة ،كلية التربية جامعة الزقازيق.

44 -عادل صادق (1987): كتابات القاهرة، دار المعارف.

45 -عادل عبد الله محمد (2000): العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات القاهرة، دار الرشاد.

46 -عادل عبد الله محمد (2003):تعديل السلوك للأطفال المتخلفين عقليًا باستخدام جداول النشاط المصورة .دراسات تطبيقية ،القاهرة،دار الرشاد للنشر.

47 -عبد الرحمن عدس ، محي الدين توق (1995): المدخل إلى علم النفس . ط 5 القاهرة ،دار الفكر للنشر والتوزيع.

48 -عبد الرحمن محمد العيسوي (1984): أمراض العصر (الأمراض النفسية والعقلية و السيكوسوماتية). ،الإسكندرية ،دار المعرفة الجامعية .

49 -عبد الرحمن محمد العيسوي (1986): أمراض العصر (الأمراض النفسية والعقلية و السيكوسوماتية). ،الإسكندرية ،دار المعرفة الجامعية .

50 -عبد الرحمن محمد العيسوي (2001): الجديد في الصحة النفسية . الإسكندرية ،منشأة المعارف .

51 -عبد الستار إبراهيم (1993) : العلاج السلوكي للطفل أساليبه ونماذج من حالاته، الكويت،عالم المعرفة.

52 -عبد الستار إبراهيم (1994): العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث أساليب وميادين تطبيقه، القاهرة، الدار العربية للنشر،

53 -عبد الستار إبراهيم (1998): الاكتئاب اضطراب العصر الحديث ، الكويت، عالم المعرفة.

54 -عبد الستار إبراهيم ،ورضوى إبراهيم (2003): علم النفس "أسسه ومعالم دراسته " ط2 ، القاهرة ،الأنجلو المصرية .

55 -عبد العزيز السيد الشخص (2006) : مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة ،ط3 المعدلة ،القاهرة ،مكتبة الأنجلو المصرية.

56 -عبد العزيز القوصي(1981): أسس الصحة النفسية .القاهرة ،النهضة المصرية .

57 -عبد العظيم شحاته مرسي (1990) : التأهيل المهني للمتخلفين عقليًا القاهرة ،النهضة المصرية.

58 -عبد الله السيد عسكر (2000): مدخل في التحليل النفسي اللاكاتى . القاهرة ،الأنجلو المصرية .

59 -عبد الله محمد عبد الظاهر خليل (2004): مدى فاعلية العلاج العقلاني والانفعالي والتدريب التوكيدي في خفض الفوبيا الاجتماعية لدى الطلاب المعلمين بجامعة أسيوط ،رسالة ماجستير غير منشورة،كلية التربية،جامعة أسيوط.

60 -عبد المجيد سيد احمد منصور ،زكريا احمد الشربيني ،يسرية صادق (2003): موسوعة تنمية الطفل "الطفل ومشكلاته النفسية

والتربوية والاجتماعية- الأسباب وطرق العلاج ".الجزء الأول
الطفل العادي .القاهرة ،دار قباء للطباعة والتوزيع والنشر.
61 -عبد المطلب أمين القريطي (1996): سيكولوجية ذوى الاحتياجات
الخاصة وتربيتهم، القاهرة ،دار الفكر العربى .
62 -عبد المطلب أمين القريطي (1999):سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة
وتربيتهم ،القاهرة ،دار الفكر العربي.
63 -عبد المطلب أمين القريطي (2005): سيكولوجية ذوى الاحتياجات
الخاصة وتربيتهم .القاهرة .دار الفكر العربي .
64 -عبد المطلب أمين القريطي (2006): سيكولوجية ذوى الاحتياجات
الخاصة وتربيتهم .القاهرة. دار الفكر العربي.
65 -عبد المنعم الحفني (1994): موسوعة علم النفس والتحليل النفسي .ط 4
القاهرة ،مكتبة مدبولي.
66 -عدنان الشريف (1987): علم النفس القرآني ،لبنان: دار العلم للملايين.
67 -العربي محمد على زايد (2003):فاعلية التدريب على استخدام جداول
النشاط المصورة في تنمية بعض المهارات الاجتماعية وأثرها
في خفض السلوك الإنسحابي لدى الأطفال المتخلفين عقليًا
،رسالة ماجستير،كلية التربية،جامعة الزقازيق.
68 -عُلا عبد الباقي إبراهيم (2000): التعرف على الإعاقة العقلية وعلاجها
وإجراءات الوقاية منها ، سلسلة التوجيه والإرشاد في مجالات

إعاقة الطفولة، الكتيب الثاني ،القاهرة ،مطبعة الطويجي التجارية

69 -فاروق الروسان (1998): أساليب القياس والتشخيص في التربية الخاصة الأردن ، عمان ،دار الفكر والنشر.

70 -فاروق الروسان(2000): تعديل وبناء السلوك الإنساني، الأردن : دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

71 -فاروق محمد صادق (1982): سيكولوجية التخلف العقلي ،الرياض: جامعة الملك سعود.

72 -فرج عبد القادر طه ،شاكر عطية قنديل ،حسين عبد القادر محمد ،مصطفي كامل عبد الفتاح(2005):موسوعة علم النفس والتحليل النفسي. ط3،القاهرة ،المكتبات الكبرى.

73 -فرماوي محمد (1992): "تخطيط البرامج التربوية"القاهرة،الأنجلو المصرية.

74 -فيصل محمد خير الزراد(2005): العلاج النفسي السلوكي،بيروت، لبنان دار العلم للملايين.

75 -فيوليت فؤاد إبراهيم ،عبد الرحمن سيد سليمان (1998): دراسات في سيكولوجية النمو "الطفولة والمراهقة ". القاهرة ،زهراء الشرق .

76 -فيوليت فؤاد إبراهيم(1992): "مدى فاعلية برنامج لتعديل سلوك الأطفال المتخلفين عقليا المصابين بأعراض داون من فئة القابلين للتعلم " بحوث المؤتمر السنوي الخامس للطفل المصري (المجلد الثاني)

مركز دراسات الطفولة بجامعة عين شمس، 28-30 ابريل 1992 ص983-1022.

77 -كمال إبراهيم مرسي (1996): مرجع في علم التخلف العقلي ،ط 1 .الكويت، دار القلم .

78 -كمال إبراهيم مرسي (2000): مرجع في التخلف العقلي ،القاهرة ،دار النشر للجامعات المصرية .

79 -كمال سالم (1988): الفروق الفردية لدى العاديين وغير العاديين . تقديم فاروق محمد صادق ، الرياض،مكتبة الصفحات الذهبية .

80 -كمال محمد الدسوقي (1990): ذخيرة علم النفس ،القاهرة ،الدار الدولية للنشر والتوزيع.

81 -لويس كامل مليكة (1990): العلاج السلوكي وتعديل السلوك ،الكويت،دار القلم.

82 -ماجدة السيد عبيد (2000): تعليم الأطفال ذوى الحاجات الخاصة :مدخل إلى التربية الخاصة ،عمان :الأردن: دار صفاء للنشر والتوزيع.

83 -مجدي محمد محمد الدسوقي(1994): مدى فاعلية لعب الدور في التعلم بالنموذج في تنمية مستوى النضج الخلقي لدى عينة من الأطفال رسالة دكتوراه ،كلية التربية :عين شمس.

84 -محمد جاسم ولى (2006): الخوف ومفهومه السيكولوجي وأنواعه ودور الأسرة والثقافة في إنشائه.المؤتمر الدولي الحادي عشر ،عن الأمن

والديمقراطية ابتدأ من 24-26-4-2006،جامعة فيلادلفيا الأردن.

85 -محمد عبد الظاهر الطيب (1982): التلميذ في التعليم الأساسي . الإسكندرية ، منشأة المعارف .

86 -محمد عبد الظاهر الطيب (196) : مشكلات الأبناء ، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.

87 -محمد عبد المؤمن حسين (1992): الخوف المرضي وعلاقته بصعوبات التعلم والمتخلفين عقليًا .العدد(22) مجلة علم النفس،القاهرة،الهيئة المصرية العامة للكتاب.

88 -محمد عثمان نجاتي (1987): علم النفس في حياتنا اليومية ،كتاب في مبادئ الصحة النفسية .القاهرة ،مكتبة النهضة المصرية .

89 -محمد محروس الشناوي (1994) : نظريات الإرشاد والعلاج، القاهرة، دار قباء.

90 -محمد محروس الشناوي (1997): التخلف العقلي: الأسباب ،التشخيص البرامج ،القاهرة ،مكتبة غريب للطباعة والنشر والتوزيع .

91 -محمد محروس الشناوي،محمد السيد عبد الرحمن(1998) : العلاج السلوكي الحديث، أسسه وتطبيقاته، القاهرة،دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

92 -محمود جمال أبو العزايم (1999): القلق النفسي ،مجلة الطب النفسي الإسلامي "النفس المطمئنة " ،السنة (14) ،العدد(60) . أكتوبر ،ط ط 14- 16 ،القاهرة ،الجمعية العالمية الإسلامية للصحة النفسية

93 -مصري عبد الحميد حنورة (1998): الشخصية والصحة النفسية . القاهرة . الأنجلو المصرية .

94 -مصري عبد الحميد حنورة (2002) : مقياس بينيه العرب للذكاء ،الطبعة الرابعة(المرشد العلمي للتطبيق حساب الدرجات وكتابة التقارير)،القاهرة ،الأنجلو المصرية.

95 -مصطفي ناصف ،وعطية محمود هنا (1983): نظريات التعلم دراسة مقارنة،الكويت، عالم المعرفة.

96 -جوزيف ريزو(1999): تربية الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكيا بين النظرية والتطبيق ،الجزء الثاني،ترجمة: عبد العزيز السيد الشخص وزيدان أحمد السرطاوى ،دار الكتاب الجامعي الإمارات العربية المتحدة.

97 -مجمع اللغة العربية (2003): المعجم الوجيز .القاهرة ،وزارة التربية والتعليم المطابع الأميرية .

98 -موسى صالح شرف (2000): القلق مرض العصر (كيف عالجه الإسلام). مجلة "منار الإسلام" ،العدد(1) ،السنة(26) ،ط ط 104- 109 الأمارات العربية المتحدة ، وزارة العدل والشئون الإسلامية والأوقاف.

99 -نادر فهمي الزيود (1995): تعليم الأطفال المتخلفين عقليًا،الأردن ،عمان دار الفكر.

100 - نعمة مصطفي رقبان ، مواهب إبراهيم عياد (1995): دراسة تقييمية لمستوى الآداء المهاري لعينة من الأطفال المعاقين عقليًا القابلين للتعلم في برنامج تدريبي على مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي :المؤتمر الدولي الثاني لمركز الإرشاد النفسي ذو الحاجات الخاصة ،كلية التربية ،جامعة عين شمس 25-27 ديسمبر 1995.

101 - هارتين هربرت (1980): مشكلات الطفولة .ترجمة عبد الحميد نشواتى ، القاهرة ،وزارة الثقافة والإرشاد القومي .

102 - والترج. كوفيل ، تيموثى د. كوستيللو ،فابيان ل .روك (1986):الأمراض النفسية .ترجمة محمود الزيادى ،ط2،الكويت ، مكتبة الفلاح .

103 - وليم الخولي (1976) :الموسوعة المختصرة في علم النفس والطب العقلي،ط1،القاهرة، دار المعارف.

104 - يوسف القريوتي وعبد العزيز السرطاوي وجميل الصماوي (1995): المدخل إلى التربية الخاصة ،الإمارات العربية المتحدة ،دبي ،دار القلم .

105 - يوسف ميخائيل اسعد (1998): قاموس علم النفس .القاهرة ،دار غريب للطباعة والنشر.

ثانيا:ـ المراجع الأجنبية :ـ

106- Alfano, Candica A., . Pina, Armando A., . Villalta, Ian K., . Bedorah C., . Ammerman, Robert T., . Crosby, Lori E. (2009): Mediators and Moderators of Outcome in the Behavioral Treatment of Childhood Social Phobia., Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, v48 n9 p645.

107- Amir, Nader, Beard, Courtney, Taylor, Charles T., Klumpp, Heide, Elias, Jason , Burns, Michelle, Chen, Xi(2009): Attention Training in Individuals with Generalized Social Phobia: A Randomized Controlled Trial, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77(5), 961-973.

108- Baer, Susan,. Garland, E. Jane (2005):Pilot of Community-Based Cognitive Behavioral Group Trapy for Adolescents with Social Phobiahe., Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44(3), 258.

109- Botella, Cristina, Veronica,. Banos, Ranos, M., Carcia-Palacios, Azucena,. Gallego, Maria J., Alcaniz, Mariano (2007): Telepsychology and Self-Help: The Treatment of Fear of Public Speaking, Cognitive and Behavioral Practice, 14(1), 46-57.

110- Colleen, J. & Edward, F. (1995): Understanding Exceptional People,New Yor, West Puplishing Company.

111- Dave, Dagnan,. Andrew, Jahoda(2006): Cognitive-Behavioural Intervention for People with Intellectual Disability and Anxiety Disorders, Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, v19 n1 p91-97 Mar 2006.

112- Davis, Thompson E., III,Kurts, F., Gardner, Andrew W., Carman, Nicole B.(2007): Cognitive-Behavioral Treatment for Specifias with a Child Demonstrating Severe problem Behavior and Developmental Delays,

Research in Developmental Disabilities: A Multidisciplinary Journal, v28 n6 p546-558.

113- Davison Gerald& Neale John (1978) : Abnormal psychology (2n ed) John wiley and sons, New york.

114- Deank Parmelee & Ronali David (1996) :Child and adolescent Psychiatry . Mosbys Neurology Psychiatry Access Series, New York.

115- Evan, f.w.(1993):Development of the illustrated fear survey schedule (ifss) and an examination of its reliability and validity with children With mental retardation : Dissereation Abstracts International Vol. 54, No (3) pp7-8.

116- Feldman, R .(1996): Understanding psyehology (14 th ed) : New York St :lows San Francisco Auckland Bogota Caracas lisbo.

117- Good, C.V.(1973). Dictionary of education. Third edition.Newyork, Mc grow. Hill book company.

118- Gullone, E., Cummin, R . A .& King, N. (1996) : Adaptive behaviour in children and without on intellectual disability: relation ships with fear and anxiety behaviour . change, vol.12,No (4),pp227 -237.

119- Gumpel, T. (1994): Social Competence and Social Skills Training for persons with Mental Retardation: An Expansion of a Behavioral paradigm, abilities, Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disv29 n3 p164-201.

120- Hawkins, S. (1994): Mental Retardation Cisabilities and Gifted Education Reston, vA. P(15).

121- Kevinl, B. (1995):Developmental Disabilities Definitons and Policies. In (Encyclopedia of social work) 19 th ed, Washington Nasw press,Vol(15).P(713).

122- Li, Huiun,. Morris, Richard J (2007):Assesing Fears and Related Anxieties in Children and Adolescents with Learning Disabilities or Mild Mental Retardation, Research in Developmental Disabilities: A multi disciplinary Journal, v28 n5 p445-457.

123- Luria, W. (1983): Intervention ,Retarded to Retarded Child Language Through Cognitive. Journal of special Education, vol (119).P(10).

124- Merckelbach, Harold, De Ruiter, Corine, Von Den Hout, Marcei,Hoekstra, Rense (1989) :Conditioning experience and phobias.Behevior Research and Therapy, Vol. 27,No.(7),pp. 657-662.

125- Ollendick, Thomas (1979) : Fear reduction thechniques with Children. Progress in Behavior Modification, vol. 8, Academic Press, New york.

126- Ollendick, Thomas, King, Neville (1991): Origins of Childhood Fears, An Evaluation of Rachman,s Therapy of Fear Acquisition. Behavior Research and Therapy, Vol. 29,No .(2),pp.117-123.

127- Oumano, Elena (2005): . A Cognitive Behavioral Therapy Model: Integrating Anxiety and Phobia Coping Strategies into Fundamentals of Public Speaking College Courses, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44(3), 325-334.

128- Ramires, Sylvia z., Kratochwill Thomas R.(1997):Self-Reported Fears in Children with and withour Mental Retardation. Mental Retardation, v35 n2 p83-92.

129- Rapee, Ronald M., . Gaston, Jonathan E., Abbott J. (2009): Testing the Efficacy of Theoretically Derived Improvements in the Treatment of Social Phopia, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77 (2), 317-327.

130- Remin gton, Bob, Hastings, Richard P., . kovshoff, (2007): Early Intensive Behavioral Intervention: Outcomes for Children With Autism and their Parents after Two Years. American Journal on Mental Retardation, v112 n6 p418-438.

131- Santacruz, Isabel,. Mendez, Francisco J., Sanchez-Meca, Julio (2006): Play Therapy Applied by Parents for Children with Darkness Phobia: Comparison of Two

Programmes, Child & Family Behavior Therapy 28(1),19-35.

132- Sarphare, Geeta, Aman Michael G. (1996): Parent-and Self-Ratings of Anxiety in Children with Mental Retardation: Agreement Levels and Teat-Retest Reliability. Research in Developmental Disabilities v17 nl p27-39.

133- Seevers, Randy L., Jones-Blank, Michelle (2008): Exploring the Effects of Social Skills Training on Social Submission, National Forum of Special Education Journal v19 n1.